التدخل النفسي
في الأزمـات

تأليف الدكتور/
فهمي حسان فاضل
أستاذ علم النفس الإكلينيكي المشارك
كلية التربية – جامعة الملك خالد
ورئيس قسم علم النفس سابقاً في كلية الآداب
جامعة الحديدة – اليمن

2018

التدخل النفسي في الأزمـات
الدكتور/ فهمي حسان فاضل



التدخل النفسي في الأزمات

تأليف الدكتور

فهمي حسان فاضل

أستاذ علم النفس الإكلينيكي المشارك

كلية التربية – جامعة الملك خالد

ورئيس قسم علم النفس سابقا في

كلية الآداب – جامعة الحديدة– اليمن

2018


بسم الله الرحمن الرحيم
حقوق الطبع محفوظة
مكتبة صلاح الدين
الحديدة - شارع جمال - أمام ملعب العلفي

بسم الله الرحمن الرحيم

"لَقَدْ نَصَرَكُمُ اللّهُ فِي مَوَاطِنَ كَثِيرَةٍ وَيَوْمَ حُنَيْنٍ إِذْ أَعْجَبَتْكُمْ كَثْرَتُكُمْ فَلَمْ تُغْنِ عَنكُمْ شَيْئًا وَضَاقَتْ عَلَيْكُمُ الأَرْضُ بِمَا رَحُبَتْ ثُمَّ وَلَّيْتُم مُّدْبِرِينَ * ثُمَّ أَنَزلَ اللّهُ سَكِينَتَهُ عَلَى رَسُولِهِ وَعَلَى الْمُؤْمِنِينَ وَأَنزَلَ جُنُودًا لَّمْ تَرَوْهَا وَعذَّبَ الَّذِينَ كَفَرُواْ وَذَلِكَ جَزَاء الْكَافِرِينَ * ثُمَّ يَتُوبُ اللّهُ مِن بَعْدِ ذَلِكَ عَلَى مَن يَشَاء وَاللّهُ غَفُورٌ رَّحِيمٌ) {التوبة: 25-27}

فهرس المحتويات

مقدمة

تعيش البشرية في القرن الواحد والعشرين ضمن نسق حياة متوتر تشوبه القلاقل والاضطرابات الاجتماعية والسياسية، والكوارث الطبيعية، والأزمات الاجتماعية الناجمة عن سلوك الناس وتصرفاتهم، كأزمات العنف والإرهاب، وأزمات الانتحار... وأحداث أخرى كثيرة تؤثر على توازن الفرد واستقراره النفسي والاجتماعي، كما تؤثر في المجتمع وتنال من هدوئه وسكينته. وتتدرج الأحداث المسببة للازمات بين المستويات البسيطة كالأحداث ذات الطابع الفردي التي تمتاز بمحدودية تأثيراتها على الفرد والجماعة، ومنها على سبيل المثال فقدان الوظيفة العامة، أو الطلاق، أو وفاة احد الأقرباء ....الخ. وبين الأحداث المعقدة ذات التأثيرات الواسعة سواء من حيث حجم الحدث، أو العواقب الناجمة عنه، كالحروب، والهجمات الإرهابية، والبراكين والزلازل والفيضانات وغيرها من الكوارث الكبيرة التي قد يتجاوز حدوثها الإقليم الواحد، وتؤدي بحيات كثير من الناس، وتؤثر سلبا في حياة أعداد أخرى. وبين هاتين النقطتين في مدرج الأزمات والأحداث العصيبة، تقع كثير من الأحداث يتسبب بعضها بظهور أزمات متباينة من حيث النوع والشدة والآثار السلبية، والمدى الزمني الذي تضل فيه تأثيراتها فاعلة.

ويتحمل الإنسان النسبة الكبيرة من عواقب تلك الأزمات والكوارث سواء على نحو مباشر أو غير مباشر، وتتنوع هذه العواقب والآثار السلبية بين عواقب نفسية واجتماعية، وسياسة، واقتصادية وأخلاقية..الخ ويتولد عن بعض هذه السلبيات سلسلة أخرى من الأضرار مؤدية إلى أزمات ثانوية تضع حياة الإنسان ضمن متوالية من العوامل المناهضة لتكيفه الايجابي نفسياً واجتماعياً، ويدفعه ذلك إلى المواجهة والتصدي لهذه التغيرات في حياته، فيتفوق عليها أحياناً ويفشل أحياناً. وعندما يفشل الفرد في مواجهة الأزمات والأحداث الضاغطة يصبح أكثر احتمالا لخطر الإصابة ببعض الاضطرابات النفسية، كاضطراب الضغوط التالية للصدمة أو اضطرابات التكيف أو اضطرابات القلق أو الاكتئاب، أو الاضطرابات التحولية والانشقاقية (التفككية) ومنها النساوة والشرود الانشقاقي واضطراب الألم. كما يصبح أكثر عرضة لبعض الإمراض البدنية كاضطرابات الجهاز الهضمي وأمراض القلب والسرطان.

ولذلك يحتاج الأشخاص الذين تعرضوا للأزمات إلى تدخلات نفسية من قبل مهنيين متخصصين في مجالات الإرشاد والعلاج النفسي، وقد يخضع هؤلاء الأشخاص لبرامج إعادة التأهيل بهدف التخفيف من أعراض سوء التكيف والأعراض المرضية الأخرى، وكذلك من اجل زيادة استبصار الفرد بمشكلته وارتباطها بالأزمة التي مرت به سابقا. بل إن المعالجين والمرشدين النفسانيين يبذلون جهود كبيرة في مجال التدخل المبكر مع

الفئات الأكثر عرضة للازمات وإعدادهم نفسيا واجتماعيا ومهاريا للمواجهات المحتملة، وتحصينهم ضد الآثار السلبية المتوقعة، وتمكينهم من التسلح بالمعرفة أولا، انطلاقا من الفلسفة المبنية على أساس التسلح بالمعارف والمعلومات العلمية والتجريبية الدقيقة في مواجهة مخاطر الأزمات والكوارث، والتعايش معها. وفي مقابل هذه الجهود يبذل علماء وباحثون آخرون جهود جبارة في مجال توصيف الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن التعرض للازمات والأحداث الضاغطة، ويعملوا على تقديم بيانات دقيقة لوصف معدلات انتشار هذه الاضطرابات ومسار تطورها لدى الضحايا، وتحديد العوامل التي تساعد في تحسن المرضى وشفائهم ومدى استجابتهم للتدخلات العلاجية. وتتساوق مع هذه الجهود جهود علمية أخرى في المجالات النفسية والطبية ذات العلاقة كمجال تطوير الأدوية والعقاقير النفسية، والدراسات المتعلقة بأسباب المرض وغيرها.

وقد أدى التكامل المعلوماتي بين كافة فروع العلم والمعرفة ذات العلاقة بدراسة الأزمات والكوارث والأحداث الضاغطة والاضطرابات النفسية والاجتماعية وأساليب التدخل والعلاج والرعاية الصحية والطب والعلاج النفسي وغيرها، أدى إلى زيادة مستوى فهمنا للظواهر النفسية والاجتماعية المرتبطة بالأزمات والأحداث الضاغطة، وقدم الباحثون كثير من النماذج النظرية لتفسير العوامل المرتبطة بهذه الأحداث والظواهر، وحاولوا كذلك

وصف كافة الأساليب والطرق المستخدمة في مواجهتها والتصدي لها، ونستدل على ذلك من خلال زيادة الاهتمام العالمي والعربي بهذه الأزمات.

وبالرغم من ذلك، لا تزال المكتبة العربية تفتقر إلى الكثير من المصادر العلمية في هذا المجال الهام، إذ لم يقف المؤلف – حسب اطلاعه - سوء على القليل والقليل جدا من المؤلفات العربية عن التدخل النفسي في الأزمات، ووجد أن اغلب هذه المؤلفات تنتمي إلى علم الإدارة وتتناول الأزمات التي تقع في إطار المؤسسات والشركات وإدارتها. أما بالنسبة لمجال التدخل النفسي في الأزمات فربما يكون أكثر شحة من غيره. ولهذا السبب وأسباب أخرى كثيرة تم جاء هذا الكتاب ضمن مجال التدخل النفسي في الأزمات ليغطي ولو ثغرة صغيرة في المكتبة العربية، وليكون عونا للباحثين ولعموم القراء المهتمين بالتدخل النفسي في الأزمات وغيرها من الأحداث الكارثية التي يتعرض لها البشر، فضلا عن الاطلاع على دور علم النفس في بناء القدرات والمهارات النفسية والاجتماعية والتنظيمية التي تمكننا من التعاطي مع الأزمات المختلفة، ومواجهة ما يترتب عنها من نتائج وسلبيات.

وفي الأخير أسال الله تعالى أن يكون هذا الجهد خالص لوجهه الكريم، وان يجد فيه كل مطلع حاجته ومرامه، وان يلهمني الخير والصواب... انه الهادي إلى سواء السبيل.

فهمي حسان فاضل

2017

الفصل الأول

نظرية الأزمة في علم النفس

ما الأزمة؟

لا شك أن دراسة الأزمات تمثل موضوعاً هاماً وحيوياً يتصدى لأكثر القضايا مساساً باستقرار حياة الإنسان وآمنه وسلامته، ويؤثر على مستقبله وعلى تطوره النفسي والاجتماعي والاقتصادي (أبو فارة، 2009). ويرجع الاهتمام بالأزمات إلى مرحلة تاريخية قديمة، حيث يرجح الباحثون أن الأطباء الإغريقيين كانوا أول من استخدم كلمة أزمة (Crisis) للدلالة على وجود نقطة تحول مهمة، أو وجود لحظة مصيرية في تطور مرض ما، والنتائج التي تترتب على هذه النقطة بالنسبة لشفاء المريض أو موته، وان مؤشرات و دلائل الأزمة تتمثل في الحالة التي تظهر على المريض والناجمة عن الصراع بين عوامل المرض وجهاز المناعة في الجسم، وتفاعل الفرد مع حالته المرضية.

وفي بداية القرن التاسع عشر استخدم مصطلح الأزمة بشكل واسع للتعبير عن ظهور المشاكل التي تواجهها الدول، وللإشارة إلى نقاط التحول الحاسمة في تطور العلاقات السياسية والاقتصادية والاجتماعية. فعلى سبيل المثال أكد الفيلسوف الألماني "هابرماس" أن الازمة " تظهر حين لا يعطى نسق اجتماعي سوا إمكانيات قليلة لحل المشكلات التي تواجهه، وبما لا يسمح باستمرار وجود ذلك النسق" (يسين،2003: 74). وفي عام 1937 عُرِّفت الأزمة بأنها خلل فادح ومفاجئ في العلاقة بين العرض والطلب، في السلع والخدمات ورؤوس الأموال. ومنذ ذلك التاريخ بدأ التوسع في

استخدام مصطلح الأزمة للدلالة على ظواهر معينة في مجالات متعددة، كالأزمة القلبية، وأزمة الهوية Identity Crisis في مرحلة المراهقة لدى اريكسون (Erikson, 1968). وكذلك أيضا استخدم الباحثون مصطلح الأزمة في علم السكان (أزمة الانفجار السكاني، وأزمة الإسكان مثلا) وعلم الإدارة والاقتصاد وغيرها من العلوم الأخرى. وأسفر التنوع في استخدام هذا المصطلح عن تداخل كبير بين مفهوم الأزمة والمفاهيم الأخرى القريبة منه.

وقديما قيل أن الأزمة هي الضيق والشدة، ومنها أزمة مالية وأزمة سياسية وأزمة مرضية. والأزمة في علم الطب نهاية فجائية تحدث في مرض حاد كالتهاب الرئة، أو الحميات كالتيفوس والراجعة. كما تأتي بمعنى هبة حادة في سير مرض مزمن، ونقطة تحول إلى الأحسن أو إلى الأسوأ في مرض خطير، أو خلل في الوظائف، أو تغيير جذري في حالة الإنسان، وفي أوضاع غير مستقرة. أو للإشارة إلى وقت أو قرار حاسم، أو حالة غير مستقرة تشمل تغييراً حاسماً متوقعاً. وفي علم الأحياء تشير إلى دور اضطراب إحيائي كالبلوغ (مجمع اللغة العربية، 1995). و ورد في قاموس أكسفورد بأنها "نقطة تحول في تطور المرض، أو تطور الحياة، أو تطور التاريخ ". ونقطة التحول هذه هي وقت يتسم بالصعوبة والخطر والقلق من المستقبل ووجوب اتخاذ قرار حاسم في فترة زمنية محددة.

فالأزمة هي كل حدث أو فعل أو موقف، أو أي تغيير في بنية الأحداث والمواقف والتصرفات الناجمة عن أي مصادر خارجية، بشرية أو غير بشرية، أو

مصادر داخلية ترجع إلى البناء النفسي -الانفعالي والمزاجي، أو إلى الحالة البدنية العامة أو إلى الحالات المرتبطة بالصحة البدنية أو العقلية لدى الإنسان، وتؤدي إلى الإخلال بتوازن الفرد أو المجتمع، ويترتب عليها عواقب مادية وغير مادية كالتعرض للموت والهلاك، و خسارة الأرواح كموت بعض الأقرباء أو الأصدقاء، أو الخسارة المادية كخسارة الأموال أو الشركات...الخ، أو الخسارة المعنوية كفقدان المزايا والترقيات. شريطة أن تؤدي الخسائر أو بعضها إلى الإخلال بالتوازن العام في حياة الفرد أو في حياة مجموعة من الإفراد. فقد ذكر كابلن (Caplan, 1961) أن الناس يتعرضون للازمة عندما يواجهوا؛ ولفترة محددة؛ عقبة كداء لا يمكن التغلب عليها باستخدام الطرق المألوفة في حل المشكلات، تتبعها فترة من التشوش، ثم تليها فترة من الاضطراب يجرب خلالها الفرد عدد من المعالجات الفاشلة. فالأحداث الخطيرة، أو أي سلسلة من الضغوط المتتابعة والسريعة تؤثر سلباً في اتزان الإنسان، وتقلل من قدرته على التحمل. وعندما تبقى هذه الأحداث مستمرة ولا يتمكن الفرد من استخدام آليات مناسبة لمواجهتها، ينتج عن ذلك حالة من فقدان التوازن التي تعبر في حقيقتها عن جوهر الأزمة لديه. وربما يتصور الفرد -وفقا لمستوى التطور الذي بلغته الأزمة -أن تلك الأحداث والضغوط تهدده شخصيا أو تهدد جانباً من جوانب شخصيته، أو الأهداف الهامة في حياته.

ولقد طور علماء النفس مفهوم الأزمة في علم النفس الحديث استنادا إلى أعمال كابلن. وعرفوا الأزمة بأنها "حالة من التشوش يصاب بها الناس عندما تتعرض الأهداف الهامة في حياتهم للإحباط، أو عندما يتعرضون لاضطرابات عميقة في مسارات الحياة وطرق مواجهة الضغوط. وبسبب ذلك يشعروا بالخوف، والصدمة، والكرب، وترجع هذه المشاعر إلى الشعور بالتشتت (Disruption) وليس بسبب الاضطراب نفسه (Stone & Conley, 2004).

وعلى هذا الأساس يشير مفهوم الأزمة إلى الاضطراب الانفعالي الشديد الذي يحدث لدى الفرد، ويظهر من خلال وجود ألم وأعراض بدنية ونفسية وإدراكية تكوّن حالة ثابتة نسبيا، وينتج عنها انهيار في قدراته المعتادة على التكيف (Brown, Schultz & Gragg, 1995). ويرى روبرتس (Roberts, 2000) أن الأزمة تشير إلى " فترة من فقدان التوازن النفسي، يخبرها الفرد نتيجة لحدث خطير يمثل مشكلة جوهرية لا يمكن حلها باستراتيجيات المواجهة المألوفة " (P.7). ويرجع ذلك أساسا إلى "إدراك الإنسان للحدث أو الموقف كصعوبة لا تحتمل، وتتجاوز مصادر واستراتيجيات المواجهة لديه، وتسبب اختلال شديد في الوظائف الانفعالية والمعرفية والسلوكية، ما لم تتم إغاثته" (James and Gilliland, 2001, P.3) ومساعدته بشكل عاجل.

أما بالنسبة لاستخدام مفهوم الأزمة في العلوم الأخرى فلن يستخدم إلا بدرجة قليلة في هذا الكتاب، وبمقدار ما يتصل بتأثيرات الأزمات المختلفة في الجوانب النفسية والانفعالية لدى الفرد والجماعة. وفي هذا الصدد يميز الباحثون بين عدد من مستويات الأزمات حيث تتأرجح الأزمات العامة بين مستويات كثيرة ومتباينة تبدأ بالمستوى البسيط كالأزمات الطارئة التي لا تستمر لفترة طويلة، وتصل إلى المستويات الأكثر تعقيدا كالأزمات السياسية والعسكرية عندما تتواجه الجيوش وتدق طبول الحرب. ويقع بين هاذين المستويين مستويات أخرى تتضمن عدد من الأزمات، بحيث تختلف عن بعضها البعض حسب معايير تصنيفها، وحسب الأطر المرجعية لها، وكذلك حسب درجة تأثيرها في حياة الناس سلبا أو إيجابا. ولهذا السبب يضم مفهوم الأزمة عدداً واسعاً من الأحداث التي تشكل خطرا على الحياة، أو تكون مصدرا لعدم الارتياح لدى الإنسان. ويؤدي الاتساع في مفهوم الأزمة إلى احتوائه على العديد من المفاهيم الأخرى التي تصف وقوع أحداث غير مريحة في حياة الناس كالأمراض والموت، والزلازل، والبراكين، والانهيارات الأرضية، والكوارث الطبيعية الأخرى وغيرها. ومع ذلك يختلف مفهوم الأزمة في علم النفس عن غيره من المفاهيم الأخرى بشكل واضح، فهذا المصطلح لا يطلق إلا على الحالات التي تشكل مواقف يصعب على المرء الخروج منها بسهولة، ويعجز عن معالجتها بنجاح في فترة محددة متعارف عليها. فأي حدث أو موقف يجب أن نتوافر فيه عدد من الشروط حتى يمكن أن يشكل أزمة لدى الأفراد، ومن هذه الشروط ما يأتي:

1 - أن لا يكون الحدث ضمن المدى الطبيعي للحوادث المعتادة. وهذا يتضمن جانبان: أولهما يتعلق بالمباغتة (أي أن يقع الحدث فجأة وبشكل وغير مألوف). والجانب الثاني يتعلق بعدم الاتساق في الحدوث، أي أن الناس لم يعتادوا أن يقع الحدث على هذا النحو، أو في هذا الوقت أو في هذه المرحلة من العمر.

2 -أن يؤدي الحدث إلى تعقيدات في مجالات الحياة الإنسانية على المستوى الشخصي أو الاجتماعي أو السياسي أو العسكري أو الاقتصادي أو التربوي، أو غيرها من المجالات الأخرى التي تمس حياة الإنسان بطريقة أو بأخرى.

3 -أن يسبب أضرارا شديدة للفرد أو للمجتمع.

4 -أن يتطلب جهود إضافية، وفترة زمنية أطول من متوسط الفترات المعتادة، لمواجهته وحل المشاكل ذات العلاقة به.

5 -أن يرتبط الحدث بحياة لإنسان، وان يؤثر فيها تأثيرا سلبياً دالاً.

6 -أن يؤدي التعرض لهذا الحدث إلى زيادة احتمال إصابة الفرد أو الجماعة باضطرابات نفسية أو اضطرابات تتعلق بالتكيف النفسي والاجتماعي العام أو أمراض بدنية، أو يؤثر على سلامة التكامل البدني، والعقلي، وعلى سلامة وقدرة اتخاذ القرار.

نظرية الأزمة في علم النفس:

يستخدم مصطلح "الأزمة" في علم النفس للإشارة إلى حالة الاضطراب والتوتر وعدم الاستقرار في الأوضاع النفسية والاجتماعية للفرد والجماعة.

ولذلك تعبر الأزمة عن حالة الاضطراب التي يواجه فيها الأفراد إحباطاً لأهدافهم الهامة في الحياة، ويترتب عنها اختلال في التوازن، واضطراب في أساليب التكيف مع الضغوط، وتظهر لديهم حالات من الشعور بالصدمة، والخوف، لمدة زمنية محددة، ويقوموا خلالها بمحاولات متعددة لحل هذه الأزمة (أبو فارة، 2009: 25). فالأزمة هي حالة يواجه فيها الأفراد معوقات أساسية لأهدافهم الرئيسية في الحياة، ويكون من الصعب تذليل هذه الصعاب باستخدام الأساليب المعتادة لحل المشكلات، تلي هذه الحالة فترة من الاضطراب واختلال التوازن، يقوم الفرد خلالها بمحالات كثيرة لحل الأزمة. (Caplan, 1964)

ويرجع مفهوم الأزمة في مجال الصحة النفسية إلى أعمال كابلن (Caplan, 1964) في مجال الوقاية النفسية. حيث رأى أن الأفراد يحافظوا على مستوى من العواطف الإنسانية المتباينة، ويكونوا قادرين على استخدام مهارات حل المشكلة في التعاطي مع الضغوط النفسية، ومع ذلك قد تظهر بعض المواقف التي تمثل عائقا أمامهم ، ولا يستطيعوا استخدم ما لديهم من مهارات في مواجهتها، الأمر الذي يؤدي إلى ظهور ردود الفعل المتأزمة لديهم. وحدد كابل الأزمة كفترة انتقالية، مع بقاء الاحتمال قائما بان الفرد سيطور مفهوم ذات أفضل على افتراض انه سيتمكن من التغلب على الأزمة. وان الحكم على الأزمة يعتمد على مهارات الموجهة الموجودة في المحيط الذي يعيش فيه الفرد، وعلى إدراك الفرد للحدث الضاغط، ووجود الدعم الاجتماعي (Julie, 2009). وقد عزى كابلن الأزمة النفسية إلى وجود أو

عدم وجود المرض النفسي لدى الفرد، وتأثرت بعض وجهات النظر بهذا التصور. وحاليا تعزى الأزمة النفسية إلى حالات كثيرة، حيث ينظر علما النفس إلى الأزمة بشكل واسع على أنها تعكس سيطرة استجابات معينة (كان تعترض استجابات غير طبيعية أو استجابات مرضية) إدراك الفرد للتهديد في مصادر متعددة، ومن الأمثلة على هذه المصادر التعرض لفاجعة كبيرة أو إصابة الفرد أو احد أقربائه بمرض خطير، والمشاكل المالية ومشاكل العمل، والصعوبات المتعلقة بالمسكن، والمنازعات القانونية، كل ذلك يمثل أنواع مختلفة من مصادر الأزمات (Bridgett & Pollack 2003). فقد يعاني الناس من الأزمات سواء تم تشخيص المرض النفسي لديهم أم لا. و قد يلجأ الفرد إلى الأزمات عندما يعاني من مشاكل بسيطة إلى متوسطة في الصحة النفسية ولكن لا يمكن أن تشخص كمرض نفسي شديد. وهناك مجموعة من الباحثين تهتم بالأزمات النفسية لدى الناس عندما يوجد لديهم اضطراب نفسي بسبب انتكاس في الحالة، أو عندما يشخص لديهم اضطراب نفسي جديد. وتقارن الدراسات الحديثة فعالية العلاج النفسي في المنزل و العلاج النفسي المجتمعي مع فعالية العلاج النفسي الرسمي الذي يقدم في المستشفيات للمصابين بأمراض نفسية شديدة أو خطيرة كمرضى الفصام مثلا، ويرى الباحثون المؤيدون لهذا التوجه أن تدبير احتياطات بديلة عن إيداع المريض في المستشفى يمثل جوهر عمل فريق التدخل النفسي في الوقت الراهن. أما الفئة الثالثة فتنظر إلى الأزمات النفسية ضمن مجال الطوارئ النفسية، فالأفراد الذين يعانون من

الأزمات النفسية هم أولئك الذين يتكرر ترددهم بشكل كبير وغير دائم على أقسام الطب النفسي والعلاج النفسي (Julie, 2009).

وفي الوقت الراهن يستخدم مصطلح الأزمة في علم النفس للإشارة إلى اضطراب حاد في التوازن النفسي، عندما تفشل استراتيجيات المواجهة الاعتيادية لدى الفرد في التغلب على الموقف المشكل، مع وجود ما يدل على الضيق (الكدر والأسى) وضعف مستوى الأداء الوظيفي، و ظهور ردود فعل شخصية تجاه الأحداث الضاغطة التي تهدد استقرار الفرد وقدرته على المواجهة أو الأداء الوظيفي الطبيعي. ويشتمل هذا التعريف على ثلاثة مكونات أساسية هي: 1 - وقوع حدث معجل. 2 -إدراك الفرد للحدث الذي يؤدي إلى الضيق أو الكدر الشخصي. 3 -فشل استراتيجيات المواجهة الاعتيادية ينتج عنها انخفاض مستوى الأداء الوظيفي إلى أدنى من مستوياته السابقة. (Wang, Chen, Yang, Liu & Miao, 2010)

ويطبق هذا التعريف بشكل خاص على الأفراد الذين يعانون من حالة الأزمة الحادة، لان معظم هؤلاء الأفراد لا يبحثون عن المساعدة المتخصصة إلا بعد أن يتعرضوا لأحداث خطرة أو صدمية، أو عندما يكونوا في حالة حرجة، ويفشلون في التقليل من مخاطر الأزمة من خلال استراتيجيات المواجهة التقليدية، ويعوزهم الدعم الأسري أو الاجتماعي، ويحتاجون إلى مساعدة خارجية.

وعلى العموم تتضمن حالة الأزمة المظاهر الآتية:

1 - تضع أعباء كبيرة تطغى على مهارات المواجهة التي اكتسبها الإنسان خلال خبرته في الحياة (من هذه الأعباء مثلا التعرض للصدمة، و انخفاض مستوى المرونة، واختلال التوازن، والشعور بفقدان السيطرة واليأس، والانفصال عن الواقع).
2 - تؤدي إلى اختلال أو ضعف في القدرة على حل المشكلة (كالارتباك مثلا، وقصور الحكم على الأمور، وعدم الحسم).
3 - الخوف الشديد (كالهلع).
4 - الغضب.
5 - الاكتئاب أو الحزن الشديد، والاستثارة الفسيولوجية (كالشكاوي الجسدية وزيادة الاستثارة).
6 - تدهور مستوى النمو.
7 - العدوانية.

وقد أورد بعض المهتمين بهذا الموضوع عدد من العوامل والأحداث التي غالبا ما تؤدي إلى ظهور الأزمات النفسية في حياة الأفراد والجماعات، منها:

1 - **جرائم العنف**: كاختطاف الرهائن، والاعتداءات والتفجيرات الإرهابية، والإرهاب البيولوجي، والعنف الأسري، والاعتداءات الجنسية، والقتل أو محاولة القتل، والعنف في المدارس، والعنف الجماعي المنظم....الخ.
2 - **مصادر الضغوط الصدمية والحالات المسببة للازمات:** كالطلاق وفقدان الوظيفة ودخول المستشفى بسبب أزمة قلبية مفاجأة، أو تشخيص مرض السرطان لدى الفرد، أو الأمراض المنقولة جنسيا كالإيدز، أو إجراء عملية جراحية طارئة، أو

مشاهدة موت احد أفراد الأسرة، أو الإصابة بجروح خطيرة في حادث سير، أو مشاهدة صدامات عنيفة.

3 - **بداية المرض النفسي أو تكراره:** كالفصام، أو الاضطرابات الوجدانية كاضطراب الاكتئاب الرئيسي، أو اضطرابات القلق.

4 - **الكوارث الطبيعية:** كالأعاصير والبراكين والزلازل وغيرها.

5 - **حوادث المرور:** كتصادم الطائرات أو القطارات مثلا.

6 - **الضغوط الانتقالية وضغوط النمو أو الأحداث الضاغطة:** كالانتقال إلى مدينة جديدة، أو تغير المدرسة في منتصف السنة الدراسية، أو الحمل غير المرغوب فيه، أو إنجاب طفل معاق أو الإصابة بإعاقة بدنية جراء حادث سير، أو إيداع الفرد في إحدى دور الرعاية الاجتماعية (ككبار السن مثلا).

7 - **الهجمات الإرهابية:** فقد وجدت الدراسات الحديثة أن الإرهاب يسبب ردود فعل نفسية أكثر شدة وتكرارا من تلك التي تظهر بعد الأحداث الصادمة الأخرى.

أزمات متعددة تتطلب استراتيجيات متنوعة:

تنجم الأزمة عن عدم الاتساق وفقدان عامل النظام في أي جانب من جوانب الحياة، منها مثلا اختطاف الرهائن، والأوضاع المضطربة الناتجة عن الأعمال العسكرية أو الإرهابية، وبقائها على حالها لفترة من الزمن، وغير ذلك من المواقف التي تتولد عنها أزمات متعددة. وتصنف الأزمات عموما إلى أزمات تطورية وأزمات موقفية، وأزمات وجودية، وأخرى بيئية (James & Gilliland, 2001). تنشأ الأزمات التطورية عن تغيرات طبيعية قابلة للتنبؤ

تسببها حالات داخلية ترجع إلى تحولات في نمو الفرد، أو في دوره الاجتماعي، ومن هذه التغيرات مثلا استهلال مرحلة المراهقة، وأزمة الهوية التي تحدث عنها اريكسون. أما الأزمات الموقفية فمصادرها خارجية ينجم عنها أوضاع غير قابلة للتنبؤ كفقدان العمل أو الموت الفجائي أو الكوارث الطبيعية. وعندما يكون التهديد بالخسارة (كالموت أو الطلاق أو المرض) مترافقا مع ظروف غير مستقرة يؤدي ذلك إلى ظهور الأزمة لدى الفرد. وبحسب كابلن 1964 فأن الأزمة الموقفية تختلف عن غيرها من الأزمات في أنها عشوائية ومفاجئة، ومفجعة وشديدة، وغالبا ما تعد بمثابة نكبة في حياة الإنسان. بينما ترجع الأزمة الوجودية إلى "تهيج الصراع الداخلي والقلق الذي يرافق جوانب هامة من الأهداف والمسؤوليات والاستقلالية والحرية والالتزام" (James & Gilliland, 2001).

أما الأزمات البيئية فترجع إلى التغيرات الحاصلة في الظروف الطبيعية المحيطة، فقد تنشأ الأزمات النفسية والاجتماعية بعد الكوارث الطبيعية كالزلازل والفيضانات والبراكين ...الخ. وتتضمن هذه الفئات الأربع أزمات كثيرة ومتنوعة تتطلب منا استخدام آليات مواجهة متنوعة تتناسب مع خصائص ومتطلبات كل أزمة على حدة.

ويبدأ التدخل النفسي في الأزمة عندما يحاول المرشد النفسي أو الأخصائي الإكلينيكي أن يتدخل في حياة الفرد أو العائلة للتخفيف من آثار الأزمة، معتمدا على تيسير وتعبئة المصادر التي تعرضت لأضرار مباشرة.

ويسعى من خلال التدخل إلى مساعدة المتعرضين للازمة على تحديد العوامل الوقائية، والقوة الداخلية، والصلابة النفسية، أو عوامل المرونة التي يمكن استخدامها لتعزيز الأنا. ويبلغ التدخل النفسي في الأزمات ذروته عندما يتم استعادة الوظائف المعرفية، وتحل الأزمة، ويتحقق الإتقان المعرفي (Yeager & Roberts, 2005, P95). ولذلك أصبح مقبول بشكل واسع بأن الأزمة النفسية تمثل حالة قوية وصارمة من الناحية السيكولوجية، وتؤثر بشدة على الصحة النفسية والبدنية لدى الفرد (Wang, et al., 2010). فحالة عدم الاتساق التي تتصف بها الأزمة تؤدي إلى إحباط أهداف الحياة الهامة لدى الأفراد، أو تسبب ارتباك كبير في حياتهم، وفي أساليب التكيف مع الضغوط. ولهذا ينظر للأزمة على اعتبار أنها حالة من خيبة الأمل الحاد (الإحباط) تصاحبها مشاعر من التوتر والغضب والارتباك والفوضى في العلاقات والوظائف. تظهر في موقف تكون فيه قوى الفرد أو الجماعة في أدنى مستوياتها، وينشأ هذا الوضع ويتطور بسرعة كبيرة تتجاوز في الأغلب سرعة القدرات الذاتية على المواجهة الفاعلة ويتطلب تدخلا فوريا وسريعا ومنظما من اجل خفض شدة العوامل التي تسببت في حدوثه، و العمل بعد ذلك على إزالة الحدث المشكل والعودة بالحياة إلى الوضع الطبيعي. ولهذا السبب ذهب بعض العلماء إلى القول بأن الأزمة تمثل خبرة فريدة تسهم في إثراء خبرات بعض الأشخاص وتنمي إمكانياتهم وتطور معارفهم وأدبياتهم الخاصة بمواجهة الأزمات والأحداث المؤلمة، وقد يتاح لغيرهم الاستفادة من تلك الخبرات والمعارف ودراستها

بطريقة علمية منظمة، بحيث تسهم في مراجعة وتحسين خدمات التدخل النفسي مستقبلا. وهناك سبع فرضيات أساسية تقوم عليها نظرية الأزمة في علم النفس هي:

1. من الشائع أن يمر الناس بحالة من عدم الاتزان العاطفي الحاد، وتفكك النظام الاجتماعي، مع وجود عوائق وأحداث ضاغطة حالية.
2. يعد الضغط الموقفي الحاد خبرة حياة عادية، وخيبة أمل في حالة عاطفية عادية، وليست جسيمة، ويمكن أن تحدث في الغالب لمعظم الناس في وقت ما من حياتهم.
3. إن الأشخاص الذين يمرون باختلال عاطفي واضطرابات داخلية يثابرون لكي يستعيدوا الاتزان إلى حياتهم.
4. أثناء حالة الصراع لاستعادة التوازن الداخلي، يكون الأفراد في حالة حادة من الضعف النفسي لفترة محددة من الزمن.
5. يتقبل الأفراد في هذه الحالة التدخل النفسي.
6. تتضمن الاستجابة الداخلية عدد من المراحل العامة لردود الفعل تجاه الأزمة، ويمكن أن يمر كل فرد بهذه المراحل بغض النظر عن طبيعة الأحدث الصادمة.
7. من المحتمل أن تتطور هذه الأزمات وتتقدم إلى مستويات مختلفة، بحيث تؤدي إلى عواقب و سلبيات متعددة (Slaikeu, 1990).

إن حالة الاضطراب في التوازن الداخلي قد تفضي إلى نتائج وآثار إيجابية أو سلبية، وعادة ما تنشأ هذه الحالة نتيجة لمثير ما وتأخذ نسقا

متوقعا من التطور خلال مراحل مختلفة، وتنطوي على إمكانات للحل في اتجاه مستويات أعلى أو أدنى من التوظيف" (Games & Gilliland, 2001). ونظرا لان الموقف المشكل لا يمكن تكيفه أو تجنبه، يمر الفرد بفترة من عدم التوازن تستمر بين 6 إلى 8- أسابيع تظهر خلالها مستويات مرتفعة من الاضطراب ويسعى خلالها الفرد للبحث عن طرق جديدة للمواجهة (Bennice & Resick, 2002). وقد حدد المختصون أربع نتائج يحتمل أن تعقب الأزمة:

1 -إن الشخص أو الأشخاص المعنيين بالأزمة لا يتعايشوا مع الأزمة فقط، بل يتعلمون الكثير منها ويكتشفون أساليب جديدة للمواجهة تسهم في تحسن صحتهم النفسية.

2 -أذا استمرت معاناة الفرد من الصدمة بعد انتهاء الأزمة، فانه قد يجد صعوبة في مواجهة أي أزمة جديدة يتعرض لها في المستقبل.

3 - من المحتمل أن يتجه بعض الأفراد نحو الانتحار بسبب شدة الضغوط النفسية والاكتئاب.

4 -قد يترتب على الأزمة إصابة الفرد باضطراب نفسي خطير (Wang, et al., 2010).

وهناك عدد من المشاكل الشائعة التي تعالج بأسلوب التدخل النفسي في الأزمات منها ما يأتي:

1 - حالات الوفاة (أو الفقد) والانفصال.

2 - التعرض لحالات ومواقف جديدة مثل تغيير الوظيفة أو الزواج أو المولود الجديد.

3 - **المشاكل الشخصية: كتوتر العلاقات أو القلق على مستقبل علاقة ما، أو العلاقات العدائية.**

4 - **مشاكل الصراع: في حالة الصعوبة الشديدة في الاختيار بين بديلين أو أكثر، أو عندما تفشل محاولة التكيف (الارياني، 2009: 39).**

5 - **التغيرات السلبية الطارئة في حياة الإنسان كالانهيار المالي أو التهجير الإجباري.**

6 - **الإصابة بمرض خطير السرطان أو مرض نقص المناعة المكتسب (الإيدز).**

7 - **محاولة الانتحار.**

8 - **الكوارث الطبيعية كالفيضانات والزلازل والبراكين. الخ.**

9 - **ضحايا العنف الأسري والعنف في المدرسة.**

10 - **ضحايا الاختطاف والآسر.**

11 - **ضحايا الاغتصاب.**

العناصر الأساسية في الأحداث الازموية (مصادر الأزمات) :

يرى العلماء أن أي مشكلة أو حدث ضاغط لا بد أن يتضمن عدد من العناصر حتى يتحول إلى أزمة حقيقية في حياة الناس، وهذه العناصر هي:

1. **المفاجأة: حيث تحدث الأزمات والكوارث بشكل مفاجئ وبدون إنذار مسبق. وتؤدي إلى ظهور أحداث مفاجأة كبيرة وعنيفة عند وقوعها وتجذب انتباه جميع الناس الواقعين في دائرتها.**
2. **عامل الزمن: يتسارع تطور الأزمة خلال زمن قياسي مما يجل من ملاحقة أحداثها وتقدمها أمرا بالغ التعقيد.**

3. **نقص المعلومات:** تتميز مصادر الأزمات بوجود نقص واضح في المعلومات الهامة عنها، وأسبابها، والأساليب المثالية لمواجهة الأزمة، مما يؤدي إلى عدم وضوح الرؤية لدى الأفراد أثناء صناعة القرار، وعدم القدرة على تحديد الاتجاهات السليمة لصناعة القرارات الفاعلة.
4. **تصاعد الأحداث:** تتصاعد الأحداث المرتبطة بالأزمة منذ بدايتهما وتضيق الخناق على الناس وتسبب إرباك كبير في حياتهم.
5. **فقدان السيطرة:** تقع معظم أحداث الأزمة خارج نطاق قدرة الإنسان في السيطرة عليها والتحكم بها، ولهذا السبب تسمى أزمة.
6. **الخوف والهلع:** تسبب الأزمات حالة من الخوف والارتباك والهلع (الذعر) والشعور بالضعف، والشعور بعدم جدوى استراتيجيات المواجهة التقليدية في التصدي لها.
7. **فقدان التوازن:** يؤدي إدراك الناس للازمة إلى اختلال توازنهم الداخلي.
8. **غياب الحل الجذري السريع:** نظرا لضيق الوقت، والإرباك الحاصل في أذهان الناس، يكون من الصعب التوصل إلى حلول جذرية للازمة، واتخاذ قرارات دقيقة وسريعة بخصوصها. وهنا يأتي دور أخصائي التدخل النفسي الذي يساعد الناس على الهدوء والتفكير بعقلانية واختيار البدائل المناسبة لحل الأزمة.
9. تتعرض مصالح الناس للتهديد والتعطيل في ضل وجود الأزمة، كما يتعرض القائمين على معالجة الأزمة إلى ضغوط كثيرة اعتمادا على حجم الأزمة، ونوعها.

ويترتب على نشأة الأزمة ظهور أعراض مرضية لدى الأشخاص الأكثر تضررا، تشمل هذه الأعراض ما يأتي:

- القلق والخوف أو الرعب الشديد، والاكتئاب.
- ضعف الدافعية وخاصة نحو أداء الأعمال والمهام اليومية.
- انخفاض مستوى الأداء الوظيفي اليومي.
- الشعور بعدم الانتماء، واللامبالاة.
- الشعور بالصدمة، بسبب التعرض للخسارة في المستويين المادي والنفسي (أبو فارة، 2009: 25 -28).
- التوتر العصبي والتشتت الذهني.
- اضطراب الضغوط التالية للصدمة.
- الميل إلى تناول الخمور أو تعاطي المخدرات.
- محاولة الانتحار.

ويجب أن نؤكد بان هذه الأعراض النفسية لا تظهر لدى كل من يتعرض لأحداث صادمة ومواقف ضاغطة تكون سببا في ظهور الأزمات. ويرجع السبب في ذلك إلى أن البشر يستجيبوا للازمات والأحداث الضاغطة بطرق مختلفة، فلكل فرد استجابة خاصة به تعرف "باستجابة الضغوط" وهذه الاستجابة قد تبدو على هيئة اضطرابات هضمية أو خلل في معدل التنفس وزيادة في ضربات القلب، أو على هيئة أرق أو اضطراب الضغوط التالية للصدمة، وغير ذلك.

الفصل الثاني

العوامل النفسية المؤثرة في صيرورة الأزمات

مقدمة:

تتشكل الأزمات في حياة الناس من خلال تفاعلهم مع الأحداث الصادمة والمشاكل المعقدة، ونظرتهم لها. ويتأثر مسار الأزمة بعدد من العوامل النفسية والسلوكية. ويكون لبعض هذه العوامل تأثير كبير ومستمر في بناء الأزمة وصيرورتها، وفي تصور الناس عنها، وفي التطور الحقيقي لها في الواقع. ويرى عدد من الباحثين أن بعض العوامل النفسية تصبح في مرحلة ما من مراحل تقدم الأزمة عوامل دالة في وصفها، وتؤثر سلبا وإيجابا في انتهائها، أو في زيادة حدتها وتطور سلبياتها بدرجة كبيرة عن ذي قبل. وترتبط بعض العوامل النفسية المؤثرة في مسار الأزمات بالإمكانات العامة لدى البشر، ونقصد بذلك القدرات التي تمكن الناس من الإدراك والإحساس والفهم وردود الفعل الانفعالية والسلوكية تجاه الأحداث العصيبة، والقرارات التي سيتخذونها تجاه هذه الأحداث والمواقف.

وسوف نتناول في هذا الفصل بعض العوامل النفسية والسلوكية التي تؤثر في تشكل الأزمة ومسارها، وهي:

1- الإدراك.
2- التقييم المعرفي.
3- الذكاء والانفعالات.
4- العمر والخبرة
5- أساليب التفكير.
6- استراتيجيات المواجهة.
7- النوع الاجتماعي.

1. الإدراك: Perception

لكل منا أسلوبه الخاص في تنظيم المدخلات الحسية، وإدراك العالم. فمن خلال الإدراك نتمكن من اختبار المحيط مباشرة عن طريق الحواس، والاستجابة للأشياء والأشكال والمثيرات عموما، لا من حيث كونها أشياء أو أشكال أو مثيرات حسية، ولكن كرموز ومعاني ودلالات (عكاشة وأبو حلاوة، 2008، ص 242). وتعتمد هذه الاستجابة الإدراكية على الثراء المعرفي لدى الإنسان، والخبرات التي اكتسبها والبيانات التي تمكن من تسجيلها واحتفظ بها في ذاكرته ليتمكن لاحقا من الاستعانة بها في تفسير المدخلات المعرفية الجديدة، من خلال عملية الإدراك الحسي ذاتها. فالعقل يحتاج للمخزون المعرفي أثناء تفاعله مع العالم، ويعتمد على هذا المخزون في فهم مجريات الحياة وتفسيرها، ويساهم ذلك في نفس الوقت في نمو خبراته يوما بعد يوم. وهنا يصبح الإدراك بمثابة القيمة المضافة إلى عملية الإحساس التي لا تزيد عن كونها اختبارات مادية للتغيرات الفيزيقية الحاصلة في العالم المحيط، ثم يأتي دور الإدراك الذي يقوم بتفسير تلك التغيرات وتحديد ماهيتها من خلال مضاهاتها بالخبرات المعرفية السابقة، بحيث يترجم المثيرات التي تتعرض لها الحواس إلى خبرة منظمة ذات معنى. وتظهر نتيجة هذه العملية مثلا في القدرة على تميز الخصائص المختلفة للمثيرات كالألوان والروائح و الأشكال والحركة والسكون.

وكثيرا ما يختلف الناس ع بعضهم في إدراك الأمور والحكم عليها. إنها الحالة التي جبلت عليها عملياتهم المعرفية ونشاطاتهم العقلية، من حيث بنائها ومكوناتها، وثرائها أو فقرها، ومن حيث تنظيمها واتساقها أو تنافرها. فالخبرات الإدراكية توفر المواد الأولية اللازمة لتطور البنية المعرفية التي ستؤثر بدورها فيما سيدركها الفرد، وكيف سينظر إليه وسيفسره ويترجمه إلى سلوك. ولذلك تعتبر الاستجابة الإدراكية مقدمة ضرورية لكل الأفعال اللاحقة وخاصة تلك الأنماط السلوكية التي يكيف بها ذاته أو محيطه ليزيد من فرصه في البقاء. ولهذا السبب لازلت اجزم بان الإدراك هو إحدى القدرات العقلية الهامة التي مكنت الجنس البشري من التطور والتكيف مع التغيرات الحاصلة في العالم، ومكنته من البقاء رغم قسوة الظروف وتقلباتها، لاسيما في حالات التعرض للكوارث والأزمات والأحداث العصيبة التي تهدد حياة الإنسان وتنال من أهدافه في البقاء والتطور والاستقرار. فالإدراك يمثل نقطة هامة في متصل معرفي يربط بين الوعي بمجريات الحدث المشكل وما يلحق به من عمليات تفسير وتقييم، هذا من جهة، ويربط ذلك بالقرار الذي سيتخذه الفرد إزاء هذا الحدث، والسلوك الذي سيوجهه للتعامل معه ومع الأزمة التي قد تترتب عليه، من جهة ثانية. وفي هذا المجال تؤكد الدراسات النفسية على وجود فروق جوهرية بين الناس في إدراك الأزمات والتعامل معها بحيث يمكن أن نميز بين الحالة الحقيقية للازمة، وبين التصورات الذاتية عن الأزمة. فقد تكون الأزمة شديدة وخطيرة في الواقع، لكن احد الأفراد ينظر إليها كأزمة بسيطة

فيقوم ببناء خطط المواجهة ويتخذ القرارات والتصرفات السلوكية المتعلقة بها اعتمادا على هذه الصورة الإدراكية للازمة. وقد تؤدي هذه النظرة القاصرة إلى عواقب وخيمة على حياته وحياة غيره وعلى صحتهم النفسية و الجسمية.

وخلافا لذلك يميل البعض إلى تضخيم الأمور وتهويلها بحيث يجعل من الأحداث العادية والمخاطر البسيطة أحداث كارثية وأزمات لا مناص منها. وتؤدي المبالغة في إدراك الأزمة إلى إهدار الطاقات والإمكانات بدون طائل، يرجع ذلك إلى أن الأفراد الواقعين في دائرة الأزمة يعجزون عن إدراك هذا الخلل، لان تقيمهم للازمة بني على معطيات إدراكية مبالغ فيها. لكن الأخصائي النفسي أو أي مراقب خارجي محايد سيدرك بوضوح مقدار الهوة التي تفصل بين شدة الأزمة ودرجة خطورتها، وبين الإمكانات المستخدمة في التصدي لها.

وبين التقليل والتضخيم في إدراك الأزمة، يقع نمط ثالث يمثل الإدراك الواقعي الذي يمكن الإنسان من تحديد المستوى الحقيقي للازمة بقدر الإمكان من الموضوعية والدقة، وبدون أن يميل إلى التقليل أو التهويل من شدتها، ويستخدم الإمكانات التي تفي بأغراض المواجهة. ولبلوغ هذا المستوى الدقيق في الإدراك الموضوعي للازمات يحتاج المرء لتوظيف كل خبراته السابقة ومهاراته في الفهم والتفسير والتقييم لجوانب الخطورة في الموقف،

ومستوى تقدمه. وهي خبرات لا ينالها كثيرون من الناس إلا بالتدريب والتعلم المنظم.

وخلاصة الأمر أننا قد نخلق الأزمة في عقولنا عبر المبالغة في النظر إلى مصادر الأزمة وإدراكها. وهذا يعني أننا قد نعيش في حالة أزمة نفسية كان يمكن أن نتغلب على مصادرها ونعالج المشاكل التي أدت إليها بقليل من التفكير الموضوعي والإدراك الواقعي للأحداث. بل إن الرؤية المنطقية والمتأنية للأمور تزيد من فعالية الإجراءات التي يعتمدها الناس في مواجهة الأزمات الشديدة والأحداث الصادمة كتلك التي تنتج عن الكوارث الطبيعية وتتمخض عنها خسائر كبيرة في الأرواح والممتلكات. ونظرا لأهمية الإدراك الموضوعي لمصادر الأزمات، فقد أصبح هدفا من أهداف برامج التدريب في مجال التنمية البشرية التي تسعى إلى بناء القدرات وتطوير المهارات، ومنها مهارات التعايش والمواجهة.

2. **التقييم المعرفي:** Cognitive Appraisal

يرجع التقييم المعرفي إلى أعمال لازوراس (Lazarus, 1970) الذي أكد أن التقييم المعرفي مفهوم أساسي يعتمد على طبيعة الفرد، وان تقدير التهديد ليس مجرد إدراك مبسط للعناصر المكونة للموقف، بل انه عملية تربط بين البيئة المحيطة بالفرد وخبراته الشخصية في مواجهة الضغوط، بحيث يستطيع تفسير الموقف وتقيمه، ولذلك فان ما يعد خطرا وضغطا نفسيا لدى فرد ما لا يعد كذلك لدى فرد أخر. ويعتمد هذا التقييم على

عوامل عدة منها العوامل الذاتية كسمات الشخصية وخبرات الإنسان الذاتية، ومهارته في تحمل الضغوط، وحالته الصحية. وعوامل ذات صلة بالموقف نفسه كنوع التهديد وكمه. بالإضافة إلى عوامل البيئة الاجتماعية كالتغير الاجتماعي ومتطلبات الوظيفة العامة (عثمان، 2001، ص 100).

وعادة ما يتضمن التقييم المعرفي تقييم المطالب الكامنة التي يفرضها الموقف الضاغط، ومقارنتها مع الإمكانات المتوفرة، وتكيف الموارد المتاحة من اجل مواجهة هذه المطالب. ويرى بعض المؤلفين أن التقييم المعرفي يعبر عن " العملية التي يقيم فيها الشخص ما إذا كانت مواجهته مع البيئة ذات علاقة برفاهيته" (Lazarus, 1993; Smith & Lazarus, 1993; Abdullatif, 2006).

وترتبط المواجهة ارتباطا وثيقا بتقييم الموقف، وتتضمن عملية التقييم ثلاثة مكونات أساسية هي: التقييم الأولي، والتقييم الثانوي، ثم المواجهة. ويشير التقييم الأولي إلى طريقة إدراك الحدث مصدر الأزمة. فكما قلنا سابقا، فان الناس يدركون المواقف ذاتها بطرق مختلفة، ويتباين إدراكهم للأزمات بدرجات متفاوتة. وعلى هذا الأساس، تعبر الأزمة من الناحية الشخصية عن "إدراك الإنسان للأحداث الخارجية أو الداخلية، بالإضافة إلى الحالة الفعلية لمصدر الأزمة نفسه". فالتعرض لنفس الحدث قد يسبب أزمة لدى شخص ما ولا يسببها لدى شخص آخر. لان الأحداث

الضاغطة لا تشكل أزمات بحد ذاتها، بل تتشكل الأزمة من خلال إدراك الإنسان للموقف (أي من خلال التقييم الأولي) ومن خلال استجابته الرئيسية للحدث (التقييم الثانوي). أما الاستجابة التي يتم تنفيذها بالفعل عبر نشاط يوجه نحو الحدث فيطلق عليها مفهوم "المواجهة" (Coping) وهي تمثل المستوى الثالث في تقييم الحدث الضاغط وهو مصدر الأزمة.

يتعلق التقييم الأولي بتقييم خصائص الموقف من حيث تأثيراته على الجوانب الجسدية والنفسية للفرد (مثلا هل يؤثر الموقف على رفاهية الفرد؟). وهنا يتم تقييم ثلاثة أشياء تشمل: تقييم التهديد الذي يتضمنه الموقف والقلق الذي يمكن أن يثيره، وتقييم الخسارة (أو الفقد) في حالة التعرض لذلك، وتقييم التحديات التي قد تقف أمام تطور الفرد ونمو شخصيته (Alkan,2004; Maltby, Macaskill & Gillett, 2007).

أما التقييم الثانوي فيشمل تقييم الموارد الشخصية المطلوبة للتعامل بفاعلية مع متطلبات الموقف، والى أي مدى يمكن أن تعمل هذه الموارد بفاعلية وإيجابية في التعامل معه. وهناك نوعين من التقييم الثانوي تشير إلى إدراك الفرد للسيطرة على الموقف وتقييم توافر المهارات والموارد اللازمة لمواجهة الموقف، ومدى فعاليتها في مواجهة هذا الموقف (Abdullatif, 2006; Duhachek & Iacobucci, 2005).

وبناء على هذا النموذج، فان من المتوقع أن يقدم الإنسان استجابات مختلفة للأحداث العصيبة، تعتمد على نوع الحدث، وتقييمه، والحالة الشخصية الراهنة (Folkman & Lazarus,1985). حيث تعزى ردود الفعل الانفعالية نحو مصدر التهديد إلى التقييم المعرفي للأحداث العصيبة والمواقف الشخصية، والاجتماعية، والبدنية المرتبطة بذلك، ودرجة تأثيرها في رفاهية الفرد.

ويبد بوضح وجود تداخل بين تأثيرات الإدراك والتقييم المعرفي في صيرورة الأزمات. لكنه تداخل إيجابي يؤدي إلى التكامل الوظيفي بين هذه العمليات المعرفية. وقد يرجع السبب في هذا التداخل إلى العلاقة الوطيدة التي تربط بين الإدراك والتقييم. فالتقييم المعرفي هو جزء من عملية الإدراك، ويليها. فنحن ندرك الأحداث أولا، أي نشعر بها ونحدد ماهيتها وخصائصها، ثم نقوم بتقييم درجة خطورتها على حياتنا.

3. الذكاء والانفعالات:

يتضمن الذكاء مجموعة من القدرات العقلية التي تمكن الإنسان من اكتساب المعرفة و التعلم و حل المشكلات والتكيف مع البيئة. فالذكاء قدرة عقلية عامة تدخل في كافة الأنشطة المعرفية بدرجات متفاوتة، وهو من ابرز مكونات الشخصية وأكثرها وضوحا وتأثيرا في سلوك الإنسان. ويظهر هذا التأثير أكثر ما يكون فيما يأتي:

- حدة الفهم وسرعته ودقته وصوابه.
- القدرة على إدراك الأشياء أو الظروف المختلفة.
- القدرة على الاستفادة من الخبرات السابقة في مواجهة المواقف والمشكلات الجديدة.
- القدرة على انجاز وإتقان الأعمال الصعبة والمعقدة.

وفي الغالب يقاس ذكاء الإنسان في مواقف حل المشكلات، بل إن مفهوم الذكاء يختصر أحيانا إلى القدرة على حل المشكلات، ويرى بعض الباحثين أن حل المشكلة هو "الناتج العملي للذكاء البشري والدال عليه" (الزغول والزغول،2003: 267). ولما كانت الأزمة بمثابة مشكلة كبيرة ومعقدة، فسيكون للذكاء تأثير كبير في صيرورتها. لاسيما وان الأزمة تنجم عن مشكلة معقدة وغير اعتيادية، تتوارى عناصرها بدرجة أو بأخرى وراء ستار من الغموض، ويتطلب حلها عقلا نافذا ببصيرته، ذكيا في معالجته. لكن هذا لا يعني أن الذكاء يشير إلى قدرة عقلية مستقلة أو واحدة – كالقدرة على حل المشكلات -ويمكن التعبير عنها بعامل واحد على غرار ما ذهب إليه سبيرمان في حديثه عن العامل العام في الذكاء. فنحن هنا نستخدم مفهوم الذكاء ليشير إلى مجموعة متفاعلة ومعقدة من القدرات والمهارات العقلية والانفعالية والسلوكية، يتم توظيفها باسلوب متناسق ومتكامل يفضي إلى تسهيل عملية التكيف مع المعطيات البيئية الجديدة، ويمكن الإنسان من التعامل مع المشاكل المختلفة (الاجتماعية، والعاطفية،

والمهارية -الميكانيكية، والعلمية كالمعادلات الحسابية، والتعامل مع الأرقام.. وغيرها)، والتغلب على الكثير منها. ونظرا لهذا التفاعل بين الذكاء وغيره من المهارات الأخرى، يفضل كثير من الباحثين الحديث عن ذكاءات متعددة، والتأكيد على وجود عمليات أخرى تتفاعل مع الذكاء قد تؤثر في صيرورة الأزمة. ولم يعد اليوم السؤال عن ماهية الذكاء وجوهره أهم من السؤال عن القدرات والمهارات التي يتطلبها النجاح في مهمة محددة. بل أن كثير من الناس باتوا يعرفون أن بعض الأحداث والمواقف تتطلب مهارات لغوية مثلا، بينما تتطلب الأحداث الاجتماعية مزيج من المهارات الاجتماعية والعقلية واللغوية والانفعالية، وان أحداث أخرى تتطلب مهارات انفعالية، كمهارات التحكم بالانفعالات وتنظيمها، وإدارتها. وقد وجد علماء النفس في الوقت الحاضر أن ردود الفعل الانفعالية تلتقي مع العمليات العقلية كالتفكير والذكاء واتخاذ القرار، وتؤثر في سلوك الفرد وتكيفه، وأن دراسة الانفعالات من الممكن أن تساعد في فهم السلوك التوافقي للإنسان بصفة عامة (Leible & Snell, 2004).

وكان دانييل جولمان قد أكد في كتابه "الذكاء الانفعالي" (Emotional intelligence) على أهمية الانفعالات وأنها في جوهرها بمثابة دوافع لأفعالنا، وتمثل الخطط الفورية للتعامل مع الحياة، مغروسة في تطورنا الإنساني. وابرز في هذا الكتاب العلاقة بين الذكاء والانفعالات مؤسسا بذلك لهذا المفهوم الجديد الذي أجريت حوله دراسات كثيرة في

مختلف دول العالم. ولهذا السبب تشكل الانفعالات مكونا هاما من مكونات الذكاء الإنساني في الدراسات الحديثة، حيث افترض بعض الباحثين أن هذا النوع من الذكاء يؤثر في الصحة النفسية لان الانفعالات ربما تتوسط السلوك الذكي بتأثيرها على ردود الفعل لدى الفرد وعلى تفسيره للمواقف التي يمر بها في حياته (Bastian et al., 2005)، وبالتالي سيكون لها تأثير كبير على تكيفه وصحته النفسية.

ويرى البعض أن فاعلية أساليب المواجهة تعتمد على الكفاءات الانفعالية ويؤدي قصور الكفاءات الانفعالية لدى الأفراد إلى ضعف مهارات المواجهة وتنفيذها كتنظيم الانفعال. فالأفراد الأذكياء يعرفون مشاعرهم وينظمونها ويصبحون أكثر نجاحاً في مواجهة خبرات انفعالية سلبية، أما الأفراد ذوو الذكاء الانفعالي المنخفض فهم غير قادرين على إدراك ومن ثم تنظيم انفعالاتهم مما يعيق قدرتهم في عملية المواجهة. إنّ الأفراد الذين لديهم كفاءات انفعالية قوية يجب عليهم أن يكونوا قادرين على إدراك استجاباتهم الانفعالية لصدمة ما على أنّها أمر طبيعي، ورؤية الصدمة وانفعالاتهم في سياق حياتهم الأشمل، وتحديد ميزات إيجابية عن الصدمة وعن انفعالاتهم (ضيف الله، 2008).

ويرى ماير وزملاؤه (Mayer, Perkins, Caruso & salovey, 2001) أنّ الذكاء الانفعالي قد يكون متنبئاً لنتائج مهمة سواء أكان ذلك في المدرسة أم المنزل، أم مكان العمل، إلا أنه ليس بديلاً عن القدرة والمعرفة أو

مهارات العمل.وبينت العديد من الشواهد العلمية ونتائج الدراسات الحديثة أهمية المهارات الانفعالية في التوافق النفسي والاجتماعي. فعلى سبيل المثال وجدت الدراسات التي أجريت على المصابين بالتلف الدماغي أن القدرة على إحداث نوع من التكامل بين العمليات الانفعالية والقدرات العقلية الأخرى تساعد الأفراد على التكيف مع الحياة وإدارتها بفاعلية (Lopes, et al., 2004)

وتفترض معظم نماذج الذكاء الانفعالي أن الفروق الفردية في تجهيز ومعالجة المعلومات الانفعالية تعتبر من أهم المنبئات بالفروق الفردية في نجاح الأفراد في العديد من جوانب الحياة (عيسى ورشوان، 2006). ويعد هذا الافتراض من أهم أسباب شيوع مفهوم الذكاء الانفعالي حديثا نظراً للاعتقاد بأن الذكاء والمهارات المعرفية تعتبر من المحددات الأقل أهمية للنجاح في التعامل مع بعض مشكلات الحياة اليومية كحل الصراعات والتعامل والتعاون مع الآخرين، والتوافق مع المواقف الجديدة والطارئة. فمعظم هذه المشكلات اجتماعية في طبيعتها ويفترض أن يكون الذكاء الانفعالي من المحددات الهامة للنجاح فيها، ومع ذلك فإن الدراسات والبحوث التي تهدف إلى التحقق من صحة هذا الافتراض لا تزال نادرة.

وبشكل عام فان القدرة على إدارة الانفعالات والتحكم بها أثناء التعرض لمصادر الأزمات ستقلل من هدر الإمكانات، وسيكون لها تأثير واضح في نجاح جهود التعامل مع الأزمة.

4. العمر والخبرة:

تنمو خبراتنا في التعامل مع الظروف الصعبة، وتتراكم وتنضج مع التقدم في العمر، وتشكل رصيد معرفي نستعين به عند مواجهة المواقف الجديدة، وننقلها إلى الآخرين للاستفادة منها. ولهذا يحتاج الأطفال والمراهقين إلى الرعاية الأسرية ودعم الوالدين، ويتعلموا من أبائهم اختيار الأسلوب الأنسب من بين عدد من أساليب المواجهة المتاحة. ويتمكنوا بذلك من تكوين خبراتهم الخاصة وتطيرها مع التقدم بالعمر. لكن الخبرات المهنية تختلف عن الخبرات العادية التي نكتسبها في الحياة العامة. فالخبرة المهنية يتم اكتسابها عبر التدريب والتعليم والتطبيق في مؤسسات رسمية مخصصة لهذا الدور، ويخضع الدارسين فيها لاختبارات نظرية ومهارية حتى يتم التأكد من إتقانهم للأدوار التي سيتحملونها مستقبلا. أما الخبرات العامة التي يكتسبها الإنسان العادي فتفتقد إلى التمحيص المهني الدقيق، ونادرا ما تخضع للتقييم والاختبار، وقد لا تستخدم أكثر من مرة واحدة. ومع ذلك لا يمكن التقليل من أهميتها في التأثير على مسار الأزمة وصيرورتها. فكلما امتلك الإنسان خبرة في التعامل مع الأحداث الصادمة والمواقف المتأزمة، كلما كان أدائه أفضل، وخرج بأقل الخسائر، إن لم يحقق الأهداف المنشودة.

5. أساليب التفكير:

يلعب التفكير دور رئيسي في مسار الأزمة، ويسهم بدرجة دالة في نجاح آليات المواجهة التي يختارها الفرد. وتعزى أهمية تأثير التفكير في الأزمة إلى خاصية التفكير ذاته، كونه نشاط عقلي موجه نحو هدف ما، وغالبا ما يكون هذا الهدف هو حل المشكلات. بينما تعزى فعالية تأثير التفكير في صيرورة الأزمة إلى أسلوب التفكير الذي يفضله الفرد ويستخدمه في التعامل مع الموقف الراهن. و وفقا لنظرية التحكم العقلي لستيرنبرج (Sternberg, 1994) تصنف أساليب التفكير إلى ثلاثة عشر أسلوبا تتوزع على خمسة مجالات، وتؤثر في الطرق التي يتعامل بها الإنسان مع المشاكل التي تواجهه في الحياة. و وفقا لهذه النظرية فان طرق التحكم تعكس تحكم العقل وسيطرته، كما أن الإنسان يستخدم طرق مختلفة لإدارة إمكاناته. ويؤكد استرنبرج على أهمية استخدام أساليب تفكير مختلفة في المواقف المختلفة لكي يتحقق النجاح المنشود، ويرى أنه سيكون من الأفضل أن نستخدم مجموعة من أساليب التفكير لحل مشكلة واحدة.

وتشير نتائج الدراسات ذات الصلة إلى أن أساليب الناس في تفسير وتقييم الأحداث العصيبة تلعب دور رئيسي في مدى نجاح استراتيجيات المواجهة والتأقلم مع هذه الأحداث. وافترض لازوريس وزملاؤه أن الضغوط واستراتيجيات المواجهة تعزى إلى المعرفة (التفكير والإدراك) والى الطريقة التي يقيم بها الفرد علاقته مع البيئة، وان هذه العلاقة لا تسير باتجاه واحد،

فكل من المتطلبات البيئية واستراتيجيات المواجهة مع الضغوط، والاستجابات العاطفية، هي نتيجة تفاعلها مع بعضها البعض. وفي هذا الصدد وجد هيو وزملاؤه (Hou, Zhang and Wang, 2007) أن المراهقين ذووا التفكير الجدلي المرتفع، اعتمدوا على وعي ذاتي منخفض بالمواجهة، فيحين أن المراهقين ذووا التفكير الجدلي المنخفض، اعتمدوا على وعي ذاتي عال بالمواجهة، وكانوا أكثر احتمالا لتوظيف كل استراتيجيات المواجهة.

وفي دراسة حديثة وجد المؤلف (Hassan, 2013) أن استراتيجية المواجهة الفاعلة تتأثر بأساليب التفكير التشريعي، والمحلي، والهرمي. بينما تأثرت استراتيجية التجنب بأسلوب التفكير الاقلي. واستنتج الباحث أن استراتيجيات المواجهة ليست مستقلة عن أنماط التفكير، وان التفاعل بينها وبين أساليب التفكير يشكل أنماط معرفية مميزة.

6. استراتيجيات المواجهة:

تصف المواجهة الاستجابات المعرفية والسلوكية للأحداث الضاغطة والأزمات. وتتأثر هذه الاستجابات بالتفاعل بين خصائص الفرد وخصائص الموقف، وعندما تكون المواجهة فعالة في تخفيف الضغوط حينها يمكن أن توصف هذه الاستجابة كسلوك ماهر. أما عندما ينظر الفرد إلى مصادر الضغوط باعتبارها مهددات تطوق موارده الشخصية الراهنة، كالأمراض المزمنة مثلا، فسيكون من الأفضل اللجوء إلى التدخلات النفسية التي تتضمن التدريب على استخدام استراتيجية مواجهة جديدة وفعالة. ومع

ذلك، فليس هناك استراتيجية للمواجهة يمكن أن يتعلمها الفرد خلال التدريب ويكون لها الأثر السحري على كل أنواع الأحداث الضاغطة والأزمات. فالجانب المهم الذي يجعل المواجهة فعالة وماهرة هو القدرة على اختيار واستخدام الاستراتيجية الفاعلة التي تتناسب مع سياق الحدث في الموقف الحالي. ولهذا السبب تعد المرونة في المواجهة جانباً رئيسياً من جوانب إدارة الضغوط (Delongis, & Puterman, 2010, P.568) وتؤثر كثيرا في مسار نتائجها سلبا وإيجابا.

ويجب الإشارة هنا إلى أن المواجهة كآلية للتعاطي مع الضغوط لا تقتصر على موجهة الأحداث الضاغط فقط بل تمتد إلى مواجهة الأزمات والمواقف العصيبة في الحياة اليومية بشكل عام. ولهذا السبب أصبحت في محور اهتمام الأخصائيين والأطباء النفسيين العاملين في مجال التدخل النفسي في الأزمات وإدارة الضغوط. حيث تكشف استراتيجية المواجهة عن أسلوب الفرد في الحياة والمواقف التي يتخذها تجاه الصدمات والمشكلات المختلفة التي يواجهها عموما، كما تكشف عن الطريقة التي يدرك بها تلك الأحداث، وأين يضع نفسه منها، وما إذا كان يعتبرها مهددات تقصده شخصيا، أم أنها مجرد أحداث عرضية، تظهر غالبا ضمن السياق الطبيعي للحياة.

ولذلك يمكن للأخصائي النفسي أن يحدد أولويات التدخل التي سيحتاج إليها الفرد ليتجاوز الموقف المشكل، من خلال تعرف استراتيجية

المواجهة المفضلة لدى الفرد. فعندما يتعرف الأخصائي النفسي على موقف الفرد من الحدث الضاغط أو الأزمة التي يمر بها، والاستراتيجية التي استخدمها في المواجهة ونتائج ذلك، فسوف يتمكن من تحديد معالم واضحة لاحتياجات الفرد في التدخل النفسي وخطة التدخل والإجراءات الإرشادية والعلاجية التي سيتبعها معه، وعدد الجلسات المتوقعة. فمثلا يتحدد من خلال أسلوب الفرد في المواجهة ما إذا كان بحاجة إلى تغيير استراتيجيته الحالية والتدريب على مهارات جديدة للمواجهة، أم انه بحاجة إلى تدعيم وتعزيز للاستراتيجية التي استخدمها كي تحقق النتائج المنشودة. هذا من جهة، ومن جهة أخرى كلما استخدم الفرد استراتيجية مواجهة فعالة وإيجابية كلما انخفضت فترة المساعدة التي سيحتاج إليها في مرحلة التدخل النفسي. أما إذا اعتمد على استراتيجيات الهروب والتجنب والخوض في أحلام اليقظة والتفكير بالتمني، وغيرها من الاستراتيجيات التي قد تكون أقل فاعلية في مواجهة الأزمات والضغوط، فسيضع في هذه الحالة مطالب كثيرة على خدمات التدخل النفسي في الأزمات والمؤسسات التي تقدمها.

وترجع الفروق بين الناس في مهارات المواجهة وفاعليتها إلى عوامل كثيرة منها نمط شخصيتهم، ومستوى قدراتهم، وخبراتهم السابقة، وطرق تقييمهم للحدث الضاغط والطرق التي يدركون بها الموقف، والأساليب التي يفكرون بها (جودة، 2004). ويرى الباحثون أن الفرد قد يعتمد على طريقة

الترويض العملي (Actively Manage) للأحداث الضاغطة، أو من يحاول تخفيف المضاعفات الانفعالية المترتبة على التعرض لهذه الأحداث، أو يلجأ إلى الأسلوبين معا. وقد يكون كلا الأسلوبين أسلوباً تكيفياً، أو اختلالاً وظيفياً، وفقاً لمتطلبات الحدث الضاغط.

وقد سعى العلماء والباحثون خلال العقود الأربعة الماضية إلى الكشف عن استراتيجيات المواجهة الشائعة لدى الناس، فعلى سبيل المثال قسم لازوراس وفلوكمان (Folkman & Lazarus, 1980) استراتيجيات المواجهة إلى نوعين هما المواجهة المركزة على المشكلة Problem Focused Coping والمواجهة المركزة على الانفعال Emotion Focused Coping. ويصنفها البعض إلى الاستراتيجيات السلوكية مقابل الاستراتيجيات المعرفية، بينما يفضل فريق آخر تصنف استراتيجيات المواجهة إلى استراتيجيات إقدام (مواجهة إيجابية) واستراتيجيات تجنب. وفي الوقت الراهن وجد الباحثون أن الناس يفضلوا أيضا استراتيجية أخرى في التعامل مع الأزمات والضغوط، وهي الاستراتيجية المركزة على العلاقات الاجتماعية. (Relationship-focused Coping).

أ -**المواجهة المركزة على المشكلة**:

غالبا ما تكون المواجهة المركزة على المشكلة أول استراتيجية تتبادر إلى أذهاننا عندما نتعرض للأحداث الصادمة، باعتبارها وسيلة فعالة في سعينا لتصحيح الوضع السلبي. ويعتمد الناس في ذلك على خطوات

كثيرة منها تحديد المشكلة، وتوليد البدائل الممكنة، ومقارنة هذه البدائل مع بعضها من حيث التكاليف والفوائد المرجحة في كل منها، واختيار الحل المناسب، والخروج بخطة للمواجهة، والعمل بعد ذلك على إنهاء المشكلة. وتركز هذه الاستراتيجية في المقام الأول على تغيير جوانب الموقف الضاغط، كما إن بعض الاستراتيجيات المركزة على المشكلة تعتمد على تغيير بعض الجوانب المتعلقة بالفرد، مثل تعلم مهارات وإجراءات جديدة، وزيادة مصادر المواجهة لديه. وبشكل عام تهدف استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكلة إلى تغير العلاقة بين الفرد ومصادر الضغوط وتركيز جهوده وطاقاته نحو المشكلة موضوع المواجهة.

وهناك العديد من استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكلة التي يمكن أن تكون فاعلة في التصدي لأحداث معينة، لكن هذا لا يعني إنها فعالة مع كل أنواع الضغوط والأزمات. فعلى سبيل المثال قد تكون إحدى الاستراتيجيات فاعلة في التعامل مع الألم المزمن، لكنها لا تكون فاعلة مع ضغط إنجاز العمل في فترة زمنية قصيرة. وحتى في حالة ما تكون الاستراتيجية المركزة على المشكلة فعالة فان اعتقاد الفرد بوجود تهديدات كبيرة يؤدي إلى استحالة نجاح المواجهة. لان التهديدات الشديدة تؤثر سلبا على الوظائف المعرفية وعلى سعة معالجة المعلومات، وتكون النتيجة تقدير سيء من قبل الفرد لإمكاناته الحالية ولمستويات التعقيد والصعوبة في الموقف. ومن الأمثلة على ذلك ما يحدث في عيادة الطبيب عندما يخبر

المرضى بإخبار سيئة عن حالاتهم الصحية، ففي هذا الموقف قد يجد بعض المرضى صعوبة في استيعاب أي معلومات إضافية تتعلق بالعلاج أو بسير المرض وتقدمه. وتنتج هذه الظاهرة عن انخفاض الوظائف المعرفية بسبب الخوف والتهديد الذي يستشعره المريض في تلك اللحظة (Delongis, & Puterman, 2010, 568).

ب -المواجهة المركزة على الانفعال:

الهدف الرئيس للمواجهة المركزة على الانفعال هو تخفيف الضيق الانفعالي الناتج عن الحدث الضاغط، ويركز الفرد في هذه الاستراتيجية على ردود الفعل لديه أو لدى الآخرين، وقد يهول من حجم المشكلة وسلبياتها، ويستهلك في ذلك قدر كبير من الطاقة التي كان من الممكن أن يستغلها في التغلب على المشكلة. وتحقق بعض استراتيجيات المواجهة الهدف منها من خلال التجنب والهروب، أو التفكير بالتمني. بينما يتحقق ذلك في استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال من خلال تقليل مستوى التهديد في الحدث الضاغط. حيث يؤدي التقدير المعرفي إلى تغيير معنى الحدث بدون أن يتغير الحدث نفسه. فمثلا قد يدرك الفرد انه يتعرض لموقف عصيب شديد الوطأة، ولكنه بمجرد أن يلاحظ شدة الضغوط لدى غيره من الناس، يدرك حينها انه في وضع أحسن من غيره (من رأى مصائب الناس هانت عليه مصيبته) ويعود نفسه على مواجهة هذه الظروف وتحملها.

إن هناك استراتيجيات أخرى ضمن استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال تعتمد على تحويل الانتباه عن المشكلة الرئيسية إلى نشاطات أخرى، منها مثلا ممارسة الرياضة أو المطالعة، أو الترفيه عن النفس، والتأمل، وتعاطي الكحول، والتعبير عن الغضب، أو البحث عن الدعم الانفعالي. وكما هو الحال في استراتيجية المواجهة المركزة على المشكلة، قد تكون المواجهة المركزة على الانفعال فعالة في مواجهة موقف ما، وغير فاعلة في مواجهة موقف آخر. فعلى سبيل المثال إن إنكار شدة مرض مزمن من أمراض القلب عندما يتم تشخيصه لأول مرة لدى المريض سيكون مفيداً في تخفيف شدة القلق والغضب في هذه المرحلة، لكن هذا الإنكار قد ينطوي على مشاكل كثيرة في فترة التأهيل. ومع ذلك فإن تفضيل كثير من الناس للمواجهة المركزة على المشكلة لا يعني أن المواجهة المركزة على الانفعال هي استراتيجية سيئة دائما، لأنها تمثل الاستراتيجية التي تتسق مع الضغوط الانفعالية عن طريق تغيير الإدراكات والتفسيرات الخاصة بالحدث الضاغط، وتستخدم الإجراءات المعرفية والسلوكية كالتقليل، والمقارنات الإيجابية، وبناء قيم إيجابية من الأحداث السلبية. وأكد عدد من الباحثين في دراسات حديثة أن المهارات الانفعالية يجب أن تكون في بؤرة اهتمام وتركيز الأخصائيون النفسيون، وان يتوفر هذا التركيز والاهتمام أثناء عملية التدخل في الأزمات. (Hayes & Norah, 2008) بل إن معظم مصادر الضغوط تتطلب استخدام الاستراتيجيين معا، بحيث تسيطر استراتيجية المواجهة المركزة على الانفعال في الحالات التي يشعر فيها

الناس بان مصادر الضغوط ستستمر لفترة من الزمن، بينما تسيطر المواجهة المركزة على المشكلة عندما يشعروا بإمكانية القيام بعمل ما لتغير هذه المصادر.

جـ - المواجهة المركزة على العلاقات الاجتماعية:

تركز التوجهات العلمية الحديثة على الطرق التي يحافظ بها الناس على علاقاتهم الاجتماعية الهامة أثناء الشدائد والأزمات. فقد وجد أن الأفراد الذين يحتفظون بعلاقات قوية لا يهتموا فقط بالموقف الذي يواجهونه، ولكنهم يهتموا أيضا بالآثار التي ستقع على شريك الحياة و على العلاقة بينهما. وتكون استراتيجية المواجهة المركزة على العلاقات الاجتماعية ذات أهمية خاصة خلال نوبات الضغوط الناجمة عن إصابة احد أفراد الأسرة بإعاقة أو بمرض مزمن. وهناك أنواع فرعية من استراتيجية المواجهة المركزة على العلاقات الاجتماعية تنطوي على تقديم المساندة والدعم، ومحاولة التوصل إلى حل وسط في حالة نشوب الخلافات بين الناس. وكما هو الحال في استراتيجيات المواجهة السابقة؛ فليس كل المحاولات الرامية إلى إدارة العلاقات الاجتماعية خلال فترات التوتر لها أثار إيجابية، حيث لاحظ بعض الباحثين أن الانهماك العاطفي قد يؤدي إلى عواقب وخيمة على صحة أفراد العائلة (Delongis, & Puterman, 2010, 569).

7. النوع الاجتماعي:

يختلف الذكور عن الإناث في كثير من سمات الشخصية، ويتشابهون في أخرى. ويظهر هذا التباين في مجال إدراك الأزمات والضغوط وفي التعامل معها. فهناك أدلة كافية عن وجود فروق جوهرية بين الجنسين في الشعور بالقلق والخوف والمعاناة والسلوك المرتبط بالألم، فقد تبين أن النساء يعبرن عن شعورهن بذلك بدرجة اكبر من الرجال (هاينز، 2008: 22 -23) حيث تصف الإناث خبرات مؤلمة، واستجابات سلبية أكثر من الذكور. (Fillingim & Ness, 2000) بينما يظهر الذكور استجابات سلبية قليلة تجاه الألم عندما يتم التركيز على المكونات الحسية للألم (على سبيل المثال: زيادة العتبة الحسية، التحمل، وآلام حسية منخفضة جداً). في حين يزداد لدى الإناث التركيز على الانفعال وتأثيرات خبرة الألم (Keogh & Herdenfeldt, 2002). كما يختلف الجنسين في الأساليب السلوكية التي يواجهان بها الألم والمعاناة، فبينما تكثر النساء من اللجوء إلى الدعم الاجتماعي والتعبير عن الإحساس بالكارثة (Keogh ,2006; Keogh & Eccleston, 2006; Unruh, Ritchie& Merskey, 1999) يركز الذكور على الجوانب الحسية في المعاناة.

كما تشير الدراسات إلى اختلاف الذكور والإناث في آليات المواجهة المستخدمة للتغلب على المشاكل المصاحبة للأمراض المزمنة غير الشائعة. حيث يميل الذكور إلى استخدام استراتيجية إعادة البناء المعرفي في مواجهة

المشاكل المزمنة، بينما تميل الفتيات إلى استراتيجية البحث عن المساندة الاجتماعية واستراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال، التي يرى البعض أنها تمثل الاستراتيجية الرئيسية للتكيف لدى الإناث. وقد بينت بعض الدراسات التي أجريت على عينات من مرضى القلب، أن الذكور يميلون إلى استخدام استراتيجية المواجهة المركزة على المشكلة أكثر من استراتيجية المواجهة المركزة على الانفعال. لكن دراسات أخرى لم تجد فروقاً جوهرية بين الذكور والإناث في استراتيجيات المواجهة، فبعض هذه الدراسات لم تجد فروق معنوية بين الجنسين في المواجهة الإيجابية (Phelps & Jarvis, 1994) أو في استراتيجية التجنب (Kurdet, 1987) أو في استراتيجيات المواجهة بشكل عام (Chan, 1995). وجدت دراسات أخرى أن الإناث يركزن على استراتيجيات الهروب والتجنب. وأكد الباحثون أن اختيار استراتيجية المواجهة المناسبة يعتمد على تقييم الفرد للحدث الضاغط (Tung, et al., 2009). كذلك أيضا أشار فيلن وزملاؤه (Fylnn, Schipper, Roach & Segerstrom, 2009) إلى أن الفروق بين الجنسين في استراتيجيات المواجهة لم تكن واضحة عند المقارنة بين الجنسين ضمن عينة من طلاب القانون. واستنتج بعض الباحثين أن استراتيجيات المواجهة الإيجابية قد تكون اقل فعالية لدى النساء مقارنة بالرجال. ومع ذلك فقد بينت دراسات أخرى أن الفتيات كثيراً ما يستخدمن استراتيجية المواجهة الإيجابية.

إن هناك القليل من التفسيرات المحتملة للأسباب التي تجعل الذكور يختلفون عن الإناث في المواجهة والمعاناة. تركز بعض هذه التفسيرات على أثر العوامل البيولوجية والنفسية في هذه الفروق (Holdcroft & Berkley, 2005; Bernardes, Keogh, Lima, 2009). حيث أشار الباحثون إلى دور الأفكار والمعتقدات النمطية حول الطرق التي يتصرف بها كل من الذكور والإناث عندما يقعون تحت تأثير المواقف الضاغطة (Robinson, Riley, Myers & Papas, 2001; Robinson & Wise, 2003). فهذه المعتقدات والأفكار متعلمة في الغالب وتؤثر في استجابات الناس للضغوط بطريقة تتساوق مع قيم النوع الاجتماعي (الذكورة و الأنوثة Gander). بينما يرى بعض الباحثين أن إدراك النساء للتحيز الجنسي يسبب لديهن التشوش و فقدان السيطرة (Dardenne, DuMont & Bollier, 2007) ونتيجة لذلك تنخفض فاعلية استراتيجيات المواجهة لديهن. وقد اتضح من خلال الدراسات التي ركزت على المعتقدات والأفكار النمطية المرتبطة بالنوع أن توقعات المعاناة والألم تؤثر فعلا في الخبرة الحقيقية للمعاناة (Wise et al., 2002) وتبين أن الدرجة التي يتوحد فيها الفرد مع دور النوع تؤثر كثيرا في خبرة المعاناة، فالرجال الأكثر توحداً مع دور الذكورة كانوا أكثر تساهلا مع المعاناة والألم مقارنة بالنساء الأكثر توحدا مع دور الأنوثة (Pool, et al., 2007). وعلى الرغم من أهمية هذه الجهود إلا أن الفروق بين الجنسين تضل غير واضحة تمام في هذا المجال بالذات.

الفصل الثالث

الأحداث الصدمية والصحة النفسية

تؤثر الأزمات بدرجة كبيرة على صحة الإنسان النفسية والجسمية، وتتوقف هذه التأثيرات على عوامل كثيرة تختلف من شخص إلى آخر ومن ثقافة إلى أخرى. ويكون بعض الأفراد أكثر عرضة للاضطرابات النفسية عند وقوع الأزمات، بينما يتجاوز غيرهم تلك المواقف الحرجة بنجاح. وتكمن خطورة استمرار مصادر الأزمات في آثارها السلبية التي من أبرزها التشاؤم، واللامبالاة، وانخفاض مستوى الدافعية والابتكار، والقيام بالوظائف الاعتيادية. فالتعرض للأحداث الصادمة والأزمات المستمرة يؤدي على المدى الطويل إلى مشاكل مرتبطة بالتكيف النفسي والاجتماعي (Dirkzwager, Bramsen, Henk & Ploeg, 2003) وتدهور مستويات الصحة النفسية لدى الأفراد، وإصابتهم ببعض الاضطرابات النفسية، وتزداد صعوبات التكيف سوءً عندما يصاب الأفراد بإعاقات بدنية، فقد تتغير شخصياتهم ويتصاعد لديهم التوتر والقلق والاكتئاب ويصبحوا أكثر ميلا للعزلة والانسحاب.

أن الأزمات والأحداث المؤلمة تمثل عوامل رضَّية (صادمة) وتُخلف وراءها بعض الاضطرابات النفسية، منها اضطراب الضغوط التالية للصدمة (Post-Traumatic Stress Disorder) والاكتئاب والقلق والاضطرابات التحولية واضطرابات التكيف.

اضطراب الضغوط التالية للصدمة:

يعد اضطراب الضغوط التالية للصدمة واحد من أكثر الاضطرابات النفسية التي تظهر بعد تعرض الناس لمواقف عصيبة فيها من الألم والمعانة

ما يفوق قدراتهم على التحمل. ويظهر هذا الاضطراب كرد فعل متأخر أو ممتد زمنياً -لحدث أو ضغط نفسي له صفة التهديد أو الكارثة الاستثنائية كالكوارث الطبيعية، أو التعرض للأذى البدني، وفقدان شخص عزيز، والوقوع في الآسر، أو المشاركة في الحروب والمعارك، والحوادث الشديدة كالاغتصاب والاختطاف والتعذيب، ومشاهدة أحداث القتل أو الموت، أو العنف الشديد، وغير ذلك من المواقف المروعة التي تستثير انفعالات الخوف والحزن والتوتر والارتباك والهلع. وتنتج الأحداث الصادمة عن تهديد حقيقي أو مدرك لحياة الشخص أو الآخرين كما تنتج عن إصابته هو أو غيره بجروح خطيرة أو تعرض كيانه الجسدي أو النفسي أو الآخرين للتهديد. ويستجيب الفرد لهذه المواقف بالخوف الشديد والشعور بالعجز (الشريف، 2002).

ويظهر هذا الاضطراب بعد فترة كمون تتراوح بين بضعة أسابيع أو أشهر لكنها نادرا ما تتجاوز ستة أشهر. ويزداد احتمال ظهور الاضطراب إذا وجدت عوامل مرسبة تهيئ للإصابة به، كسمات الشخصية القهرية والواهنة، أو وجود تاريخ سابق للإصابة باضطرابات القلق، فهذه العوامل تزيد من احتمال الإصابة بهذا الاضطراب أو تفاقم من مساره، لكنها غير ضرورية وغير كافية لتفسيره (عكاشة، 2003، :190؛ فاضل، 2011: 139). ويتسم اضطراب الضغوط التالية للصدمة بأعراض محددة تميزه عن غيره من اضطرابات القلق والاضطرابات النفسية الأخرى. فقد ورد في

المراجعة الرابعة المعدلة للدليل التشخيصي والإحصائي (DSM-IV-TR) الصادر عن جمعية الطب النفسي الأمريكية (APA, 2000) التأكيد على ثلاثة خصائص كبرى للاضطراب هي: استعادة الخبرة (تذكر لا إرادي للأحداث، والكوابيس)، والتجنب والخدر الانفعالي (يجد الفرد صعوبة في الشعور بانفعالات إيجابية، وصعوبة في التجاوب الانفعالي مع الآخرين)، وزيادة الاستثارة (ردود أفعال مبالغ فيها، و أرق). يضاف إليها أعراض أخرى تشمل الخوف وتجنب الرموز التي تذكر المريض بالحادث الأصلي، بينما يكون من النادر ظهور الانفجارات الانفعالية المفاجئة، أو إعادة تمثيل مفاجئ للحادث والاستجابة الأصلية له. و تظهر لدى المريض أيضا حالة من الاستثارة والنشاط في الجهاز العصبي المستقل، وتعزيز رد فعل الإجفال والخوف. ويكون من الشائع ظهور القلق، والشعور بالذنب، وتغيرات في الشخصية، وضعف التحكم بالاندفاع، والغضب، والأعراض التحولية، وقد يعاني الفرد من اضطرابات إدراكية أيضا مع زيادة احتمال الإصابة بالاكتئاب و سوء استعمال المواد الفاعلة نفسيا (العقاقير الطبية أو المخدرات) واضطرابات القلق الأخرى، واضطراب الجسدنة، والسلوك الانتحاري (Hahn, Albers & Reist, 2004, P46). ويتم تشخيص الاضطراب وفقا للمعايير الواردة المراجعة الرابعة المعدلة للدليل التشخيصي والإحصائي (DSM-IV-TR).نعرضها في الجدول رقم (1) الآتي:

الجدول (1). معايير تشخيص اضطراب الضغوط التالية للصدمة DSM-IV-TR.

أ - يحدث اضطراب الضغوط التالية للصدمة بعد أن يتعرض الفرد لحدث صادم يرتبط بخوف أو فزع شديد ويتوافر فيه كلاً مما يأتي: 1- يكون الشخص قد عاش، أو شاهد، أو واجه حادثا أو أحداث اشتملت على موت أو تهديد بالموت أو إيذاء خطير وفعلي أو تهديد به أو تهديد للتكامل البدني (وحدة الجسد وسلامة أعضائه) للذات أو الآخرين. 2- تتضمن استجابة الفرد خوف شديد أو عجز أو رعب. ب- تستمر استعادة الخبرة (إعادة معايشة الحادث الصادم) بواحدة أو أكثر من الطرق الآتية: 1- ذكريات مؤلمة متكررة ومقتحمة عن الحادث تشتمل على تخيلات، أو أفكار، أو مدركات. 2- أحلام مؤلمة متكررة عن الحادث. 3- التصرف والشعور كما لو كان الحادث الصدمي يحدث من جديد (يشمل ذلك الإحساس باستعادة الخبرة، والخدع الحسية، والهلاوس، والنوبات التفككية المرتجعة، بما فيها تلك التي تحدث أثناء الاستيقاظ أو الناتجة عن حالات التسمم). 4- كرب نفسي شديد عند التعرض لأي إشارات داخلية أو خارجية ترمز إلى الحادث الصدمي أو تشبه جانبا منه. 5- ظهور النشاط الفسيولوجي عند التعرض للإشارات الداخلية أو الخارجية التي ترمز إلى الحادث الصدمي أو تشبه جانبا منه. جـ- تجنب مستمر للمثيرات المرتبطة بالصدمة مع لا مبالاة تتعلق بالاستجابة العامة (لم تكن موجودة قبل الصدمة) كما يستدل عليها من

خلال ثلاثة أو أكثر مما يأتي:

1- الجهود التي يبذلها الفرد من اجل تجنب الأفكار أو المشاعر أو النقاش المرتبط بالحادث الصدمي.
2- جهود لتجنب الأنشطة أو الناس أو الأماكن التي تثير ذكريات الحادث الصدمي.
3- عدم القدرة على تذكر جانب هام من الحادث الصدمي.
4- انخفاض واضح في الاهتمام والمشاركة في الأنشطة العامة.
5- قد يشعر بالانفصال أو بالاغتراب عن الآخرين.
6- ضيق المدى العاطفي (مثلا: يكون غير قادر على امتلاك مشاعر الحب).
7- إحساس متشائم أو مقيد نحو المستقبل (مثلا: لا يتوقع أن تكون لديه مهنة، أو أن يتزوج، أو أن ينجب أطفال، أو أن يكون طبيعياً مدى الحياة).

د- أعراض مستمرة لليقظة المفرطة- زيادة الاستثارة (لا توجد قبل الصدمة) كما يستدل عليها من خلال اثنين أو أكثر مما يأتي:

1- صعوبة الدخول في النوم، أو صعوبة الاستمرار فيه.
2- سرعة الاستثارة أو نوبات شديدة من الغضب.
3- صعوبة التركيز.
4- اليقظة الزائدة.
5- استجابة ترويع زائدة أو مبالغ فيها

هـ- **مدة الاضطراب:** الأعراض في (ب، جـ، د) تستمر لأكثر من شهر واحد.

و- يسبب الاضطراب ضيق (أسى) واضح إكلينيكيا، أو يؤدي إلى اختلال الوظائف الاجتماعية والمهنية وغيرهما من المجالات الوظيفية الهامة.

(APA, 2000)

ويصنف الاضطراب إلى:

- **اضطراب حاد:** Acute Stress **عندما تظهر الأعراض بعد اقل من ثلاثة أشهر من التعرض للحادث الصدمي.**
- **اضطراب مزمن:** Chronic **عندما تظهر الأعراض بعد أكثر من ثلاثة أشهر.**
- **مع بداية متأخرة** With Delayed Onset **عندما تظهر الأعراض بعد ستة أشهر من وقوع الحادث الصدمي.**

ويظهر اضطراب الضغوط التالية للصدمة لدى نسبة تتراوح بين 15٪ و 24٪ ممن تعرضوا لأحداث مؤلمة، وتميل النسبة إلى الارتفاع لدى الذين تعرضوا مباشرة للأحداث الصدمية، ويزيد احتمال ظهور الاضطراب لدى النساء بضعفين عن الرجال (Simmons & Granvold, 2005). **وبالنسبة للأطفال فإن تقديرات انتشار أعراض الاضطراب تتباين بشكل كبير. فقد بينت بعض الدراسات أنها تتراوح بين 10 -90٪ من الأطفال المعرضين للحروب أو للصدمات التي يسببها الإرهاب. بينما وجد باحثون آخرون أن (3) أطفال فقط من أصل (22) طفل في المدرسة الابتدائية بمركز التجارة العالمي شخص لديهم اضطراب الضغوط التالية للصدمة بعد تفجيرات عام 1993م** (Shaw, 2003).

ويكون مسار الاضطراب متذبذبا ويغلب عليه احتمال الشفاء في أي وقت، لكنه قد يتخذ مسارا مزمنا ويؤثر في شخصية الفرد، وفي حالات ضئيلة

قد يؤدي إلى تغيرات دائمة في الشخصية (عكاشة، 2003، ص 191). ويتفق العلماء على أن المؤشرات الداخلية (Internal Cues) (الهاديات التي تستثير سلوك رد الفعل أو تولد حالة الخوف والقلق لدى الفرد) أو المؤشرات الخارجية (External Cues) لها القدرة على إثارة استعادة الخبرة عن طريق استعادة الذكريات (Flashback) بحيث تنتقل أنشطة رد الفعل البدني من قائمة المؤشرات الدالة على زيادة الاستثارة إلى قائمة استعادة الخبرة (كالهون ورسك، 2002: 117؛ فاضل، 2011: 140). لكن تشخيص الاضطراب يتطلب ظهور هذه الأعراض بعد شهر واحد على الأقل من التعرض للصدمة، وأن تؤدي إلى تعطيل أو إعاقة الأداء الوظيفي لدى الفرد و تسبب له الضيق بدرجة واضحة.

ويرى علماء النفس المهتمون بدراسة التأثيرات السلبية للأحداث الضاغطة والصدمات في حياة الإنسان أن الفرد في البداية يعاني من صدمة الفجاءة، ثم ينتابه إحساس بالخوف، وتتملكه أحاسيس بالفقد حتى يصعب عليه بيانها، يليها تشتت التفكير وعجز في الذاكرة وعدم القدرة على التركيز أو إصدار الأحكام، وتداخل في تنظيم المشاعر، تأتي بعدها مرحلة تتغير فيها الاتجاهات نحو العلاقات الاجتماعية، وتتدهور الثقة بالآخرين، مع اعتمادية غير واقعية ورغبة مرضية في الحصول على مساعدة الآخرين، وتمثل هذه السمات تحولاً في الثقة إلى الشك والريبة (مكتب الإنماء الاجتماعي،2000). كما يعاني المصابون باضطراب الضغوط التالية

للصدمة من الانهماك في أفكار مرتبطة بالحادث المؤلم، حيث يسترجعون مجريات الحادث ويعاودون التفكير فيه ويعيشونه مرة أخرى. وتزداد معاناتهم من الكوابيس والأحلام المزعجة، ويحرصون على تجنب الحديث عن الخبرة المتعلق بالحادث وتفادي رؤية أو سماع ما قد يذكرهم بتلك الخبرة المؤلمة، ويبتعدوا عن الناس لدرجة قد تصل إلى حد الانعزال الاجتماعي والشعور بالوحدة، أو الشعور بأنهم غير قادرين على أن يعيشوا حياتهم الطبيعية، بالإضافة إلى والشعور بالذنب بسبب البقاء على قيد الحياة أو عدم التعرض للأذى. كما تتضمن ردود الفعل النفسية التالية للحوادث الصدمية مشاعر الحزن والغضب والغيظ والخوف والخدر، والشعور بالإجهاد أو الضغط، والشعور بالعجز، واضطراب التركيز، أو الشعور بالعصبية الشديدة، واضطراب المزاج، أو التوتر أو التهيج، و تغيرات في الأكل وصعوبات النوم والكوابيس، ومشكلات في التركيز (APA, 2000).

وقد كان فرويد أول من أشار إلى الخصائص الكبرى لاضطراب الضغوط التالية للصدمة من خلال ملاحظاته للمحاربين الذين أصيبوا بالصدمات أثناء الحرب العالمية الأولى، والخصائص التي أشار إليها تشمل استعادة الخبرة والإنكار (أو التجنب) (كالهون وريسك، 2000: 124). لكن نظرية التحليل النفسي لم تقدم تفسيراً لكل مظاهر الاضطراب ، وهذا ما دفع بعض علماء النفس في مدارس أخرى لتقديم بعض المقترحات في هذا المجال، كالمدرسة السلوكية التي حاول بعض أتباعها تفسير بعض

الأعراض من خلال مبادئ التعلم. حيث افترض كين وكلباترك وزملاؤهما (Kean, Zimering & Caddell, 1985; Kilpatric, Veronen & Resicle, 1997) أن مشاعر الخوف المسببة للقلق والاضطراب النفسي تشكل لدى الفرد ارتباطاً بالحادث الصادم أو بذكراه المستثارة، وان الظروف المحيطة بالحدث أو المؤدية إليه تكتسب قوة استثارة القلق التالي له، فيعاني الفرد من الترقب المصحوب بسوء الفهم. وقد وجد الباحثون أن هذا النموذج يفسر فقط بعض أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة وخاصة ما يتعلق بالاستثارة السريعة وتجنب المثيرات التي تذكر بالحادث، لكنه يضل قاصرا في تفسير الاستعادة المتكررة لذكريات الصدمة. لذلك حاول الباحثون في نموذج المعالجة المعرفية تخطي هذه الصعوبات بتقديم نموذجا يقوم على أساس وجود دوافع إنسانية لدى الفرد لفهم ما يدور حوله وإعطاء معنى للخبرات التي يمر بها، مما يعني أن صورة الأحداث التي تواجه الإنسان تضل نشطة في الذاكرة، ويحاول الفرد تحديد الأهمية النسبية لكل منها، وحجم التهديدات المتمثلة فيها تجاه أنماط التفكير المعتادة لديه، الأمر الذي يضعه أمام عدد من الخيارات منها تكوين دفاعات نفسية قادرة على التأقلم أو المواجهة، أو الإحساس بالعجز والفشل أو تكوين شبكة ذاكرة قائمة على الخوف تحتوي معلومات عن الاعتبارات المتعلقة بالصدمة والاستجابة. لان الصدمة تمثل تحولاً مفاجئاً عن المسار المألوف أو المعنى المعتاد للحادث، أما البقاء في دائرة الحادث الصدمي من خلال التخيل أو التذكر – في اليقظة أو المنام -فيعبر عن عجز الفرد عن استثارة نشاط تلك الشبكة بما يسمح

بإعادة البناء أو تعديل الصورة الذهنية لديه (مكتب الإنماء الاجتماعي، 2000).

وقد أجريت كثير من المحاولات للكشف عن الاضطرابات النفسية الأخرى التي قد تنتج عن الأزمات والخبرات الصادمة، و اتضح للباحثين أن معظم الناجين من الخبرات الصادمة يطورون أمراضاً نفسية تتراوح بين الذهان والانتحار، وان معظمهم (إن لم يكن جميعهم) يعانون من اضطراب الضغوط التالية للصدمة، والاكتئاب، ويفشل العديد منهم في التوافق مع المجتمع، مما يجعلهم يلجئون إلى تعاطي المخدرات والكحول (Randall, 1991: 3). ففي دراسة (الصراف، 1994) عن لآثار أزمة احتلال العراق لدولة الكويت على النواحي الانفعالية لدى طلاب المرحلة الثانوية، عبر اغلب الطلاب عن إحساسهم بان منطقة الخليج أصبحت مليئة بالمخاطر، وظهر لديهم شعور بالخوف والتوتر والملل وعدم الثقة بالآخرين، وكان الطلاب ذوي الأعمار 18 سنة فما فوق أكثر الفئات العمرية تأثرا بالأزمة. ووجد (الفقي، 1993) بعد العدوان العراقي على الكويت أن غالبية أفراد العينة عبروا عن شعورهم بالخوف والعجز واحتمالات القتل أو الآسر أو الطرد أو التشرد أو التعذيب أو انتهاك الأعراض. كما وجد (الأنصاري، 1994) ارتفاع في معدلات القلق والعصبية والغضب والعدوانية، والكآبة والتشاؤم لدى طلاب جامعة الكويت في مرحلة ما بعد العدوان العراقي. واتضح من إحدى الدراسات أن 50٪ من طلاب الجامعة الأمريكية في لبنان تعرضوا خلال الحرب الأهلية لحدث واحد مهدد للحياة كحد أدنى، وأكد

بقية الطلاب أنهم كانوا على وشك التعرض لمخاطر الحرب (Oweini, 1996).

الآثار النفسية لازمات العنف:

يرتبط العنف بردود الفعل تجاه الأزمات وخاصة تلك الأزمات التي تنتج عنها خسائر مادية ومعنوية كبيرة. فقد بينت نتائج الدراسات التطبيقية أن الخسارة تعد عامل جوهري في توليد الصدمات، وان الناس يعبروا عن شعورهم بالخسارة من خلال أحاسيس داخلية كالحزن والشعور بالفجيعة، أو أحاسيس خارجية كالغضب. ولذلك يكون العنف نتيجة محتملة للغضب لدى الأشخاص المهيئين لذلك جينيا أو سلوكيا. وتتفاقم هذه المشاعر السلبية بسبب زيادة التعرض للصدمات هذه الأيام أكثر من قبل، ويرجع السبب في ذلك إلى التأثير السلبية لوسائل الإعلام وخاصة القنوات الفضائية التي أدخلناها إلى منازلنا وجعلناها جزء من حياتنا اليومية. فكثير من وسائل الإعلام جعلتنا ضحايا ثانويين للصدمات **"ضحايا من الدرجة الثانية"** لاسيما وان التعرض للصدمات بهذا الشكل يقدم للأفراد المهيئين للعنف مثيرات عنيفة أكثر من المواقف الاعتيادية، فيزيد بذلك من احتمالات السلوك العنيف لديهم. لكن الصدمة ليست وحدها هي التي تسهم في العنف، بل أن سورات العنف تولد خبرات صدمية لدى الضحايا والمراقبين على حد سواء، ويترتب على هذه الخبرات خسائر متكررة يمكن أن تحفز السلوك العنيف لدى بعض الأفراد. (Wainrib, & Block,1998, p.145)

وتكـون النسـاء والأطفـال وصـغار المـراهقين أكثـر الفئـات تعرضـا لأنمـاط العنف المختلفة، فقد بينت العديد مـن الدراسـات الميدانيـة أن امـرأة واحدة على الأقل من كل ثلاث نساء تتعرض للضرب أو للإكراه والإهانة في كل يوم، و أشارت منظمـة الصحة العالميـة أن قرابـة 70٪ مـن ضحايا جـرائم القتل من الإناث، يُقتلن على أيدي رفاقهن الذكور. وتمثـل النسـاء والأطفـال قرابة 80٪ من القتلى والجرحى بسبب استخدام الأدوات الجارحـة والأسلحة حسبما ذكـر الأمين العـام للأمـم المتحـدة (منظمـة الصحة العالميـة 2000). ففي دراسة عن أنواع العنف التي تعرضت لها المرأة تبين أن العنـف الموجه نحـو المرأة في الأردن تزايد كثيرا خلال العشرين سنة الأخيرة، حيث ارتفـاع نسبة الإدمـان علـى الكحـول والمخـدرات ومـا يرافقهـا مـن زيـادة في حـالات الاغتصـاب والعنف الجسدي كالضرب والقتل والسطو، وأشارت نتائج هـذه الدراسـة إلى وجـود تزايـد واضـح في عـدد النسـاء اللـواتي يتعرضـن للاغتصـاب عامـا بعـد عام. أما الفتيات في مصر فيتعرضن لثلاثة أنواع من العنف هي ختان الإنـاث، وعمالـة الأطفـال، والـزواج المبكـر. كمـا بينـت الدراسـة أن المـرأة الفلسـطينية تتعـرض للعنـف المباشـر كالضـرب والقتـل والإهانـة، أو العنـف غـير المباشـر كـالإكراه علـى التنـازل عـن حقوقهـا القانونيـة والماليـة، أو تكـره علـى تـرك المدرسـة والـزواج المبكـر، وتتعـرض للتحـرش الجنسـي الـذي يبلـغ حـد الاغتصاب. واستنتج من هذه الدراسة أن المرأة تتعرض في هذه البلـدان لأنـواع العنـف كافـة، ابتـداء مـن القتـل العمـد، والشـروع في القتـل، والأذى البـدني الجسيم الذي قد تنجم عنه عاهات مستديمة، ثم الاغتصاب وخاصة الفتيات

الصغيرات، بالإضافة إلى ظاهرة ضرب الزوجات (أبو غزال، ب د). ويترتب على هذه الاعتداءات آثار سلبية لدى الضحايا وخاصة الأطفال والنساء، فقد تعاني المرأة المعنفة من انخفاض تقدير الذات والخوف المستمر والشعور بنقص الكفاءة و الضغط النفسي.

وعلى الرغم من أن العلاقة العنيفة قد لا تكون عنيفة لبعض الوقت، إلا أن المعنفين يعشوا في رعب مستمر خوفا من التعرض للعنف مرة آخري، ونتيجة لذلك يعانوا من الشعور بالإحباط والغضب والقلق والشعور بالخوف والعجز واليأس والاكتئاب واضطراب الضغوط التالية للصدمة، واضطرابات الجهاز العصبي المركزي، وضعف القدرة على حل المشكلات، وقصور الدافعية، وبعض الاضطرابات النفس جسدية كالصداع وصعوبات التنفس ومشكلات الجهاز الهضمي. (Carlson & McNutt, 1998, p234) ويظهر على ضحايا العنف اعتلال في الصحة النفسية وخلل في أداء الوظائف الاجتماعية. ويزداد ميل المرأة المعنفة إلى الانتحار و تشكو معظمهن من اضطرابات نفسية وجسدية مختلفة كالأرق وفقدان الذاكرة المؤقت، والاكتئاب والإجهاض، والبرود الجنسي. ويمكن أن يؤدي العنف الشديد إلى الإصابة بالإعاقة أو الموت. فضلا عن الإصابات البدنية كالكسور والجروح العميقة والآلام المزمنة. كما إن العن يهدد آمن المرأة على الصعيد الاجتماعي و يحرمها من المشاركة الاجتماعية والاقتصادية داخل المجتمع. فالنساء المعنفات اقل احتمالا للحصول على وظيفة أو يعملن في وظائف

متدنيــة ويســتبعد أن يــرتقين وظيفيــا. وتشــير الدراســات إلى أن العنــف الاجتماعي والعنف الأسري ضد المرأة متصلان اتصالاً وثيقاً وان مشاهدة الأطفال للعنف الأسري بشكل مستمر قد يكون بداية للجنوح. و بينت إحدى الدراسات أن أطفال النساء اللواتي يتعرضن لاعتداء من قبل الشريك أكثر احتمال بان يموتوا قبل سن الخامسة بخمسة أضعاف مقارنة بالأطفال الآخرين (مصطفى، 2010).

وهناك فئات اجتماعية أخرى في الوطن العربي تتعرض لأنواع محددة من العنف، كالمسنون الذين يقعون تحت طائلة العنف البدني والنفسي والإهمال والنبذ. أو المهمشين اجتماعيا الذين يتعرضون لأغلب أنواع العنف الشائعة. كما تقع بعض أشكال العنف على فئات محددة دون غيرها، كالإجهاض التميزي الموجه نحو الإناث، وتهريب الأطفال أو الاتجار بهم، وإشراكهم في تجارة الجنس، أو الإتجار بالأعضاء البشرية. وفي بعض المجتمعات العربية تتعرض الفتيات للعنف الاجتماعي الذي يحرمها من الحق في التعليم، وقد تجبر على الزواج في وقت مبكر وتتعرض لمخاطر صحية كبيرة.

وتشكل مشاهدة العنف بين الوالدين صدمة نفسية قد تستثير أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة لدى الأطفال، وهذه الأعراض هي مجموعة من ردود الفعل ترتبط بصدمة العنف وتؤثر على صحتهم النفسية (داود، 2007: 13). وتتضمن هذه الأعراض الاكتئاب والقلق

والإنكار والحزن والانسحاب الاجتماعي والأعراض الجسدية والشعور بالذنب واضطرابات السلوك. كما تنعكس آثار مشاهدة الأطفال للعنف على الجوانب المعرفية كتدني التحصيل الدراسي وصعوبات التعلم، وأعراض سلوكية كتقليد السلوك العنيف والعدوان وعدم الانصياع للأوامر وتدمير الأشياء، وانخفاض تقدير الذات، والإحباط، ومحاولة الانتحار، واضطرابات سيكوسوماتية (مصطفى، 2010). وقد ينخرط هؤلاء الأطفال بسهولة ضمن أحداث العنف فتظهر عليهم علامات الاضطراب في السلوك كالحركة الزائدة أو الجنوح أو الكذب. وعندما يبلغوا مرحلة المراهقة يحتمل أن يعبروا عن خبراتهم السابقة سلوكيا من خلال تجريح الآخرين، والسلوك العدواني، وانحرافات السلوك، وتعاطي المواد الفاعلة نفسيا كالمخدرات والمواد الطبية، والميل إلى الانتحار.

ولذلك فان العنف الموجه نحو الأطفال يمثل كارثة ومأساة حقيقية. حيث أشار المدير الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية في الشرق الأوسط أن العنف الموجه نحو الأطفال يتسبب بإصابة (80) مليون طفل دون الخامسة عشر من العمر بالإدمان من مجموع أطفال العالم.

أما على المستوى الإقليمي فقد قدرت بعض التقارير حجم ظاهرة العنف الأسري في اليمن بحوالي (20٪) من حجم جرائم الآداب العامة التي تخص قضايا الأسرة عام 1999. ووجد (فاضل، 2010) معدلات انتشار بلغت (24.39٪، و 9.51٪، و 12.95%) لكل من الإساءة (البدنية والنفسية

والجنسية) على التوالي لدى أطفال الشوارع في محافظة الحديدة. كما وجد (فاضل، 2008) أن معدلات انتشار الإساءة البدنية (من قبل الأب) و (من قبل الأم) والإساءة الجنسية لدى الأحداث الجانحين هي (16.67٪) و (25٪) و (29.17٪) على التوالي، و بلغت معدلات انتشارها بين تلاميذ المدارس في مرحلة التعليم الأساسي (12.5٪) و (16.67٪) و(25٪) على التوالي.

وتشير بعض الإحصاءات في الأردن إلى أن عدد الاعتداءات على الأطفال وصل في عام 1995 إلى 17115 حالة. بينما أشارت تقارير أخرى إلى أن الأردن شهد في عام 1998 ما يقارب 270 حالة إساءة جسدية وجنسية وإصابات للأطفال، ووقعت معظم هذه الاعتداءات في الأسرة. وفي عام 1999 سجلت (522) حالة، و(613) حالة في عام 2000. وفي مصر بينت التقارير أن (65٪) من الجرائم المرتكبة ضد الأطفال، تحدث من قبل احد أفراد الأسرة. وبلغت نسبة جرائم قتل الأطفال (44٪) من الجرائم السنوية ضد الأطفال، و (18٪) جرائم جنسية، والضرب (7٪). واتضح من خلال إحصائيات المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية بمصر إن (87٪) من مرتكبي جرائم العنف الأسري ضد الأطفال والنساء هم من المتزوجين، و(13٪) من غير المتزوجين، وان الذكور يشكلون أغلبية مرتكبي جرائم العنف الأسري وبنسبة (78٪) بينما تبلغ نسبة الإناث (22٪). كما أشار تقارير صدر عن جامعة الدول العربية والمكتب الإقليمي لليونيسيف في

الشرق الأوسط وشمال أفريقيا عام 2005 أن (7.5) مليون طفل عربي خارج التعليم الأساسي، وان هناك أكثر من مليون طفل عامل، وحوالي (70) مليون أمي.

وبينت دراسات أخرى كثيرة أن الأطفال يتعرضون لكل أنماط العنف والإساءة والإهمال خلال مرحلة الطفولة، من قبل الوالدين، أو أزواج الوالدين، أو الوالدين بالتبني، والإخوة والأخوات، وأفراد الأسرة، والقائمين بالرعاية (عبدات، 2010). ويتضمن العنف النفسي المضايقات اللفظية المستمرة، والتقليل من قدرة الطفل، أو انتقاده، أو تهديده أو السخرية منه، والتقلب في مشاعر الحب نحوه إما بلغة صريحة أو غير صريحة، ويشمل ذلك النبذ والإزعاج، والاحتقار، والإغاظة، والوالدية المشروطة، والمقارنات غير المنصفة، وحرمان الطفل من الحب والحنان والمساندة الاجتماعية، والتقليل من شأنه، أو تكليفه بأشياء لا تتسق مع مستوى نموه البدني أو النفسي، والفشل في تنشئة الطفل تنشئة صحية تسهم في تطوره (حسين، 2008: 143). وكثيرا ما يكون العنف النفسي مرافقا لأنواع العنف الأخرى كالعنف البدني والعنف الجنسي، فالإهانات والسباب والكلمات النابية، والعزل والصد والتهديد وعدم الاكتراث العاطفي والتحقير، كلها من مظاهر العنف النفسي الذي يؤثر بشكل حاسم في النمو النفسي لدى الفرد ورفاهيته، وخاصة عندما يأتي هذا العنف من شخصية جديرة بالاحترام كالأب أو الأم أو الزوج أو المعلم. ولذلك يشكل العنف ضد الأطفال إحدى

أهم القضايا في العصر الحديث، ولاسيما ما يتعلق منه بالإساءة الجنسية. ويتضمن هذا النمط من العنف أي فعل أو أية محاولة للقيام بفعل جنسي ضد رغبة الطرف الأخر، كالاغتصاب والتحرش الجنسي. وقد يتم ذلك من خلال إجبار الطفل أو إغراؤه على المشاركة في نشاطات جنسية، سواء أكان مدركا أو غير مدركا لذلك. وتشمل هذه النشاطات أي احتكاك جسدي بغرض التحرش الجنسي وأية أفعال أخرى كتشجيع الطفل على مشاهدة مواد إباحية، أو على المشاركة في إنتاجها، أو تشجيعه على التصرف بشكل جنسي غير لائق.

وهناك عوامل كثيرة تؤثر في ظاهرة العنف ضد الأطفال، حيث يرى المؤيدون للنموذج النفسي أن القائمين برعاية الطفل والذين يمارسون العنف ضده لديهم سمات شخصية معينة تميزهم عن غيرهم، بحيث ترجع سوء معاملة الطفل إلى حالة مرضية لدي الشخص المسيء، تتدرج بين سمات الشخصية غير السوية والمرض النفسي الخطير. وركز أصحاب النموذج الاجتماعي على السياق الاجتماعي الذي يحدث فيه العنف، فالعوامل الاجتماعية والبيئية كالوضع الاجتماعي والاقتصادي المنخفض والبطالة والصعوبات المالية الأخرى وظروف المسكن والمعيشة، وحجم الأسرة وتركيبها، والعزلة الاجتماعية، كلها عوامل أساسية مهيأة للضغوط النفسية التي تؤدي إلى سوء معاملة الأطفال في هذه الأسر. ويربط بعض العلماء بين ظاهرة العنف والطبقة الاجتماعية منطلقين من فرضية

مفادها أن الأسر التي تقع تحت خط الفقر وتعاني من الحرمان، يزداد تعرض أفرادها للضغوط، وخاصة الوالدين بسبب زيادة تحملهم للمسؤوليات، فيقوموا بتفريغ هذه الضغوط على الأطفال، أو يقوم الأب بتفريغه على الزوجة أو على الأبناء، أو كلاهما.

وعندما يقع الأطفال ضحايا للعنف والإساءة والإهمال فان وتيرة التأثيرات السلبية التي تلحق بهم ترتفع كثيرا عن مثيلاتها عندما يكونوا مجرد شهود عيان. لان العنف الموجه نحو الأطفال يعتبر من المشاكل النفسية والاجتماعية التي تبقى آثارها في شخصية الفرد إلى مراحل متقدمة من العمر، مما يضعها في مصاف المشاكل الملحة التي تتطلب مواجهة حاسمة من قبل كل مؤسسات الرعية الاجتماعية والتربوية. و مما يزيد من خطر هذه الظاهرة على الأطفال هو أن الأطفال في السنوات الأولى من العمر يكونون أكثر حساسية وتأثرا بسوء المعاملة، ويرتبط تعنيفهم في السنوات الأولى من العمر بالاعتلال النفسي والبدني، لاسيما وان أجسامهم لا تزال هشة وعظامهم لينة قابلة للكسر، وتعوزهم الإمكانية لاختيار المساعدة من بين عدد من البدائل التي يتيحها الراشدون، بل إنهم لا يستطيعوا تميِّز مصدر الإساءة عن مصادر الأمان (فاضل، 2008) (Windham, et al., 2004; Mathoma et al., 2006)

وتشير إحدى التفسيرات العلمية الحديثة إلى إن العنف المزمن يصيب الطفل بكرب مزمن، وإن الدماغ يرتكس لذلك الكرب المستمر بتقوية ممرات

عصبية تصل بين الأعصاب المسئولة عن الاستجابة للخوف، فيصبح الدماغ مبرمجاً للتعرف إلى العالم والبيئة على أنهما معاديا، فتؤثر هذه النظرة السلبية على تفاعلات الطفل اللاحقة وتجعله أكثر قلقاً وعدوانية أو اشد انسحاباً. كما إن سوء المعاملة قد تثبط التطور الملائم لمناطق معينة من الدماغ، فالرضيع أو الطفل المهمل، مثلا، قد لا يتلقى التنبيهات الضرورية لتفعيل مناطق هامة في الدماغ ولتقوية الممرات العصبية المعرفية، مما يؤدي إلى ضعف هذه السبل بشكل يعيق الأداء لاحقاً، فإذا أدى الإهمال إلى عدم تفعيل المناطق المسئولة عن تنظيم الانفعالات مثلا، تظهر على الطفل مشكلات في السيطرة على انفعالاته وفي التصرف أو التفاعل بشكل مناسب، فيتصرف مثلا بشكل اندفاعي ويفقد المقدرة على التعاطف مع الآخرين. (العسالي، 2008 :36)

ويؤثر العنف أيضا على تكيف الأطفال وعلى صحتهم النفسية، ويظهر ذلك من خلال بعض الاضطرابات النفسية والاختلالات السلوكية، فقد وجدت الدراسات ارتباط جوهري بين العنف ضد الأبناء في الأسرة وبين الاضطرابات النفسية والانحرافات السلوكية التي يتعرضون لها لاحقا. واتضح أن الأطفال الذين تعرضوا للعنف وسوء المعاملة والإهمال يكونوا أكثر عرضة لجنوح الأحداث، وجرائم البالغين، وممارسة السلوك العنيف، ففي دراسة أجراها (فاضل، 2008) للكشف عن اثر التعرض للإساءة في مرحلة الطفولة على جنوح الأحداث في محافظة الحديدة باليمن، تبين أن

الأحداث الجانحين تعرضوا في السنوات المبكرة من حياتهم للإساءة البدنية (من قبل الأب أو الأم) أكثر من أطفال المدارس. و وجدت دراسات أخرى علاقات إحصائية دالة بين كل من اضطرابات الاكتئاب، والقلق، واضطراب الضغوط التالية للصدمة، واضطرابات الآكل، والشخصية المضادة للمجتمع، من جهة، وتاريخ التعرض لسوء المعاملة في مرحلة الطفولة من جهة أخرى.

وتتضمن العواقب الصحية والجسدية للعنف تأثيرات آنية كالحروق والكدمات وكسور العظام، وتأثيرات طويلة الأمد كالأذى الدماغي والنزف الدموي والإعاقة الدائمة، وفقدان البصر والإعاقة السمعية والتخلف العقلي والشلل الدماغي و الشلل، وقد تنجم العواقب الصحية والجسدية لدى الأطفال عن رض فيزيائي (كالضرب على الرأس أو الجسم، والحرق بماء ساخن، والخنق) أو عن الإهمال (كالحرمان من التغذية المناسبة أو من التحريض الحركي المناسب أو من العلاج الطبي). أما الإهمال وعدم إطعام الرضيع فقد يسبب حالة تعرف بـ"فشل النمو غير العضوي" وهي حالة يتأخر فيها وزن وطول وتطور الطفل الحركي بشدة عن المعدلات المناسبة لعمره بدون سبب طبي أو عضوي واضح، وتنتهي الحالات الشديدة منها بالوفاة، بينما قد تؤدي الحالات الأخف إلى تأخر نمو دائم وإلى مشاكل معرفية ونفسية. بل إن الحالات المعالجة من فشل النمو غير العضوي قد تخلف عواقب طويلة الأمد تتضمن مشاكل مستمرة في النمو، وانخفاض في

القدرات المعرفية، والتخلف العقلي، وخلل في السلوك الاجتماعي- الانفعالي كاضطراب ضبط الاندفاع. يضاف إلى ذلك أن الأطفال ضحايا العنف يطورون تعلقاً غير آمن بمن يرعاهم، وتضعف ثقتهم بالآخرين ويقل استعدادهم للتعلم من الراشدين، وقد يعانون من صعوبات في تفهم مشاعر الآخرين، وفي تنظيم مشاعرهم الخاصة، وفي بناء العلاقات مع الأقران والمحافظة عليها. (العسالي، 2008: 35 -37).

ويرى الباحثون أن آثار العنف والإساءة تستمر مع الطفل إلى أن يصبح فرداً عاملاً في المجتمع وقد تجعله يمارس أشكال العنف والإساءة على أطفاله في المستقبل، وانه غالباً ما يواجه مشكلات في علاقاته الاجتماعية سواء أكان مع أقاربه أو مع ممن هم اكبر منه سناً من المحيطين به. وقد يتمثل تأثير العنف والإساءة على سلوك الطفل في النشاط الزائد أو العدوانية، وتدني تقدير ذات، والمشكلات الدراسية والانسحاب الاجتماعي. كما إنها تؤثر في مستقبله ومستقبل أسرته وفي إنتاجه ومساهمته في بناء المجتمع.

وقد وجد كثير من الباحثين علاقة دالة بين تعرض الطفل للإساءة البدنية والنفسية من قبل أحد الوالدين أو كلاهما وبين ظهور كثير من المشاكل الانفعالية كالسلوك العدواني والتمادي في ارتكاب الأخطاء التي يعاقب عليها القانون. فمثلا تبين من نتائج إحدى الدراسات الحديثة في الغرب وجود ارتباط جوهري بين التعرض المزمن للعنف وسوء المعاملة

والمشكلات السلوكية والانفعالية (القلق و الاكتئاب) لدى الأطفال، ووجد الباحثون فروق إحصائية ذات دلالة في المشكلات الانفعالية بين الأطفال الذين تعرضوا لسوء المعاملة بشكل مزمن مقارنة بالأطفال الذين تعرضوا لسوء المعاملة على نحو عابر، وباتجاه أطفال المجموعة الأولى، كما اظهر أطفال هذه المجموعة مشاكل سلوكية أخرى كالسلوك العدواني، والانسحاب الاجتماعي، وتتسق نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسات أخرى كثيرة، أشار بعضها إلى أن الأطفال الذين تعرضوا للعنف والإساءة أكثر تعرضا للمشاكل السلوكية والاختلالات الانفعالية مقارنة بمن لم يتعرضوا للإساءة في مرحلة الطفولة، وظهر لديهم سلوك عدواني تجاه الذات والآخرين، ومشكلات سلوكية في المدرسة، وكانوا أكثر عدوانية تجاه أقرانهم أو أكثر انسحابا من المجتمع، ولديهم مهارات اجتماعية اقل من أقرانهم الذين لم يتعرضوا لعنف والإساءة. و وجد باحثون آخرون علاقة دالة بين سوء المعاملة التي يتلقاها الأطفال في المراحل المبكرة من العمر، والسلوك الجانح لديهم في مرحلة الطفولة المتوسطة والمتأخرة ومرحلة المراهقة المبكرة. وتراوحت معدلات ارتكاب السلوك الجانح بين الأطفال الذين تعرضوا للإساءة في مرحلة سابقة بين (9 ٪ و29٪). وتم تغير إقامة (16٪) من هؤلاء الأطفال أو نقلوا إلى إحدى دور الرعاية الاجتماعية بسبب ارتكابهم جنحة واحدة على الأقل، ويرى بعض العلماء أن عدم الاستقرار في الإقامة يؤدي إلى زيادة معدل السلوك الجانح لدى الأطفال الذكور مقارنة بالإناث (Ryan, & Testa, 2005).

ونستنتج مما سبق أن الحوادث المؤلمة والصادمة من المحتمل أن تؤدي إلى الإصابة باضطرابات نفسية بسبب اختلال التوازن النفسي. ذلك التوازن الذي يتحقق نتيجة التوافق الداخلي بين الإنسان وذاته، ويبد من خلال حالة الرضا عن الذات والشعور بالأمن والسكينة والاطمئنان، ويترجم إلى حالة من السعادة والصحة النفسية لديه. في حين أن زيادة الضغوط وعدم القدرة على مواجهتها قد تدفع بالفرد إلى حالة من الاحتراق النفسي (Burn Out) ينتج عنها مستويات مرتفعة من اللامبالاة. وقلة الدافعية، وفقدان القدرة على الابتكار (عسكر وعبد الله، 1997). وعدم القدرة على التكيف وضعف مستوى الأداء والعجز عن ممارسة مهام الحياة اليومية، وانخفاض الدافعية للعمل والشعور بالإنهاك النفسي. وهذا ما يستوجب تدخلا نفسيا يساعد الفرد على استعادة توازنه والسيطرة على حياته.

بداية الاضطرابات النفسية كأزمة حقيقية:

يؤكد المعالجون النفسيون والأخصائيون في مجال الأزمات النفسية أن كل واحد منا معرض لخطر الإصابة بالمرض النفسي في أي مرحلة من الحياة، وأن إدراكنا للأحداث الصادمة ومرونة تعاملنا معها تتوسط بين الأزمات والمصادر النفسية والاجتماعية التي تكون متاحة أمامنا أثناء حدوث تلك الأزمات، وان الإصابة بالمرض النفسي تشكل تهديدا للاستقرار والعطاء. ففي الغالب تمثل بداية أي اضطراب ذهاني أزمة حقيقية داخل الأسرة. حيث يتعرض المريض وأسرته لصدمة نفسية وخسائر متعددة. وقد

تكون بداية الاضطرابات النفسية بداية مفاجأة فتسبب صدمة تبلغ أوجها بسرعة وتصبح مشكلة مستمرة. وفي كل الأحوال فان أزمة المرض النفسي (و أزمة بدايته أيضا) تحتاج إلى تدخل نفسي من اجل منع ظهورها لدى الأفراد. ويفترض أن تتم عملية التدخل بمجرد الكشف عن وجود خلل وظيفي لدى الفرد أو ظهور العلامات والأعراض النذيرة، ومع ذلك، وكما يعرف الإكلينيكيون، هناك العديد من العقبات التي تحول دون الاكتشاف المبكر للنوبات الأولى وعلاجها. ومن اجل تثبيت مستوى الأزمة من الضروري أن تشارك الأسرة والأنظمة المجتمعية الأخرى في مواجهتها. وقد يكون من المفيد استخدام العلاج الطبي المختصر مع عملية التدخل النفسي. (Josephson, 2000, P.5841; McGorry, Edwards & Yung, 2005, P.66) وفي حالة التعرض للأحداث الخطيرة كالإفراط في تناول جرعة من الأدوية، أو حوادث الاعتداء، سيكون من الضروري تقديم مستويات خاصة من التقييم الإكلينيكي والرعاية الطبية والنفسية للمرضى. وهذا يعني أن التدخل الطبي يجب أن يتم في الغالب خلال فترة قريبة من عملية التدخل النفسي في الأزمة.

وقد تتضمن عملية التدخل نقل الأطفال من المنزل وأخذهم إلى مستشفيات الأمراض النفسية، وإجراء عمليات تقييم طارئة لهم، أو علاجهم إذا وجدت حالات خطيرة تهدد صحتهم النفسية. لان الأطفال يمثلون الفئة الأكثر تضررا بالأزمات والكوارث، وعندما يتعرضوا للصدمات فإنهم يواجهوا عواقب على المدى القريب والبعيد. وقد تؤثر الصدمات في تطورهم

المعرفي، وفي تطور شخصياتهم، وفي قدراتهم على المواجهة والتصدي للازمات، وتظهر لديهم ردود فعل تختلف كثيرا عن تلك التي تظهر لدى الراشدين (Reeves, Mickerson & Brock, 2011,P.193). ويحتاج المعالج النفسي إلى استخدام المصادر المجتمعية كالملاجئ أو مراكز الطوارئ من اجل إبعاد الأطفال والمراهقين عن مصادر الأزمات.

الفصل الرابع

التدخل النفسي في الأزمات : مبادئ أساسية

مقدمة:

التدخل في الأزمات ظاهرة قديمة في سلوك الإنسان تتمثل في الميل إلى مساعدة الآخرين، ويوجد هذا السلوك في كل الحضارات والثقافات تقريبا، ويعتمد على الأساليب الناجحة في التصدي للأحداث العصيبة التي يواجهها الفرد في حياته، أو في حياة غيره من الناس (الناصر، 2002). لكن التدخل كعملية رسمية منظمة يختلف كثيرا عن التدخل العرضي أو العشوائي كونه يقوم على التخطيط والتنظيم ويعتمد على عدد من المبادئ والنماذج النظرية التي أثبتت الخبرات العملية والدراسات التطبيقية فعاليتها في معالجة الأزمات.

وفي الوقت الراهن أصبح التدخل النفسي في الأزمات جزء هام وضروري في خدمات العلاج والصحة النفسية. فعلى الرغم من أن بعض الناس لا يواجهون أزمات شديدة في حياتهم، وأن كثير ممن يواجهونها لديهم القدرة على اختيار الاستجابات المناسبة ويتمكنوا من التغلب على فقدان التوازن ومعالجة الأزمة بشكل فعال. إلا إن هناك قليلا من الناس يتصورون أن بعض المشاكل والمواقف العصيبة تفوق قدراتهم على المواجهة، أو يظنوا أنها كارثة كبرى في حياتهم فلا يتمكنوا من التصدي لها ومعالجتها، ولذلك يحتاج هؤلاء الأفراد إلى تدخل مهني من قبل متخصصون بالتدخل النفسي

في الأزمات لمساعدهم على رؤية الضوء في نهاية النفق الذي وضعتهم فيه الأزمة (Stone & Conley,2004) .

ويعرّف التدخل النفسي في الأزمات بأنه "عملية منظمة تتطلب تحديد وتقدير درجة تدخل المعالج مع الشخص الذي يواجه الأزمة بهدف مساعدته على استعادة توازنه والتخفيف من آثار الأزمة عليه، يلي ذلك ربط الشخص بشبكة من العلاقات والمصادر التي توفر له الدعم والمساندة وتعزز لديه عملية التغيير" (Stevens & Ellerbrock, 1995) فالتدخل النفسي في الأزمات "عملية نشطة تهدف إلى التأثير في الوظائف النفسية خلال فترة فقدان التوازن والتخفيف من التأثيرات المباشرة للأحداث الضاغطة المُمزِقة، والمساعدة في تعبئة القدرات النفسية الظاهرة والكامنة، والمصادر الاجتماعية للأشخاص الذين تعرضوا للتأثيرات المباشرة للازمة، (وأحيانا أيضا للأشخاص الآخرين في البيئة الاجتماعية المحيطة) كي يتمكنوا من مواجهة تأثيرات الأزمة بشكل توافقي. (Wainrib & Bloch, 1998, P.65) ويتم هذا التدخل وفق برامج منظمة وذات تخطيط دقيق.

ولقد بينت الشواهد العلمية أن الإنسان يستفيد أثناء التخطيط لمواجهة الأزمات من الخبرات و الملاحظات الإمبريقية والمعرفة الإكلينيكية المستمدة من العلوم النفسية والاجتماعية و الصحية ومن الخبرات العلمية والعملية المستقاة من حقول أخرى كثيرة، فقد ساعد ظهور نظرية الأزمة في ستينيات القرن العشرين على استحداث مدخل جديد للتعامل مع

الأشخاص الذين تعرضوا للمواقف المتأزمة، والتركيز على التقدم الذي يمكن تحقيقه في مجالات الخبرة ذات العلاقة بالتعامل مع الأزمة. (الناصر، 2002) فعلى سبيل المثال اتضح في بريطانيا أن الأدوار والمكونات والإجراءات المرتبطة بخدمات علم النفس التربوي ساعدت كثيرا أثناء مواجهة الأزمات وتم توثيق هذه الأعمال في كتابات عدد من الباحثين، واقترح البعض أن الانخراط المتزايد لعلم النفس التربوي في مجال الأزمات يتطلب إضافة مهارات الرعاية الصحية أثناء الأزمات والأوضاع المضطربة إلى برامج التدريب الرئيسية في علم النفس التربوي، والتي من أهمها الحاجة إلى إشراف فعال، ومهارات الرعاية الذاتية. لكن بعض الباحثين اعترضوا على هذه الفكرة ورأوا بأن إضافة مثل هذه الجوانب إلى مهام علم النفس التربوي بدون وجود قاعدة علمية كافية يعتبر عيباً أخلاقياً (McCaffrey, 2004). لكن ألن وزملاؤه (Allen et al, 2002) سعوا إلى تحديد المجالات التي ترتبط بالأزمات وتتطلب زيادة التعرض الأكاديمي للمواضيع التي تتعلق بالتدخل في الأزمات والوقاية منها، كونها تمثل فرصة جيدة للتدريب في هذا المجال وتتضمن إشراف فعال يربط بين المجالين (مجال علم النفس التربوي ومجال التدخل النفسي في الأزمات) وأكدوا على أن المحتوى الخاص بالمناهج الأكاديمية سيساعد على تحقيق هذا الهدف (Hayes & Norah, 2008). ولذلك أصبحت برامج التدخل في الأزمات المدرسية شائعة جدا في الدول الغربية وبعض الدول العربية ويستفيد من خدماتها كثير من الناس.

وتسعى برامج التدخل النفسي في الأزمات إلى مساعدة الفرد على إدراك الخلل والتعامل مع مشاكل معينة، لكنها لم تصمم من اجل تغير أسلوب حياة الفرد. وترجع بعض أسس التدخل النفسي في الأزمات إلى أعمال كابلن 1964 الذي استخدم فكرة التوازن لوصف الأزمات التي يتعرض لها الأفراد في الحياة اليومية، منطلقا من حقيقة مفادها أن الناس يشتركون في السعي إلى الحفاظ على التوازن النفسي والانفعالي أثناء تعاملهم مع العالم المحيط بهم، وان الخلل في هذا التوازن يرجع إلى فشل مهارات المواجهة الاعتيادية وأسلوب حل المشكلة في التعامل مع الصراعات وحل الأزمات التي يتعرضون لها (Blancett, 2008). فمطالب البيئة الخارجية، والتعقيدات الداخلية تنتج عنها مستويات مختلفة من الضغوط التي قد تزعزع هذا التوازن، ويستجيب الفرد لذلك باستخدام استراتيجيات المواجهة، محاولاً إدارة تلك المطالب واستعادة التوازن. وقد وصف كابلن أربع مراحل لرد الفعل تجاه الأزمة، تتضمن المرحلة الأولى زيادة في التوتر بسبب إدراك التهديد الانفعالي والحدث الأزموي. وتقع المرحلة الثانية في الفترة التي تضطرب فيها الوظائف اليومية لدى الفرد نتيجة لزيادة التوتر وعدم قدرته على معالجة الأزمة بشكل سريع. أما المرحلة الثالثة فقد تؤدي إلى الاكتئاب عندما يزداد مستوى التوتر بشكل مفاجئ مع استمرار فشل استراتيجيات المواجهة التي يستخدمها. وخلال المرحلة الرابعة قد يستخدم الفرد آليات مواجهة مختلفة لحل الأزمة – على الأقل بشكل جزئي -أو يتعرض للاضطراب نفسي.

ومن الناحية التاريخية ظهرت أولى بوادر الاهتمام الرسمي بالتدخل في الأزمات في الولايات المتحدة الأمريكية خلال فترة الحرب العالمية الأولى والتطورات التي لحقت بدراسة اضطراب الضغوط التالية للصدمة الذي عُرف إبان الحرب العالمية الثانية بعصاب الحرب، لكن التطورات الفعلية في برامج التدخلات النفسية في الأزمات ترجع تقريبا إلى بداية الخمسينيات من القرن العشرين، حيث عجلت العديد من الأحداث بتسارع التطور في هذا المجال وساعد إنشاء مركز الوقاية من الانتحار في لوس انجلوس من قبل نورمان فاربيروا وادوين شنيدمان (Norman Farberow and Edwin Shneidman) في دعم برامج الخط الساخن لمنع الانتحار، وفي الستينيات تنام العمل في العيادات والخطوط الساخنة للوقاية من الانتحار من قبل غير الاختصاصين المتطوعين لتقديم الرعاية لضحايا الاغتصاب و العنف العائلي وإرشاد الأفراد الأكثر عرضة لخطر الانتحار. وترتب على القانون الذي سنته اللجنة التشريعية في كاليفورنيا (The Short-DoyleAct) أن تطور الاهتمام المؤسسي بالأشخاص المصابين بأمراض نفسية مزمنة، ولاسيما الذين أودعوا في أقسام خاصة داخل المستشفيات العامة. ونتيجة لذلك فرضت الإدارة الأمريكية على الولايات تمويل عمليات تنظيم وإدارة عيادات الصحة النفسية للمرضى النفسيين ضمن البرامج الصحية التي تشرف عليها تلك الولايات. ثم أجيز قانون مراكز الصحة النفسية المجتمعية من قبل الكونجرس الأمريكي بعد أربع سنوات لاحقة وتحديدا في عام 1963 كنتيجة لرؤية الرئيس جون كندي حول تقديم خدمات

الصحة النفسية. وتم تطوير شبكة قومية لخدمات مراكز الصحة النفسية المجتمعية بهدف دعم الخدمات المقدمة للمرضى بأمراض نفسية مزمنة.

واتساقا مع هذا التقدم أكد كابلن 1961؛1964 على أن مفهوم الطب النفسي الوقائي (Preventive Psychiatry) يجب أن يوجه نحو أداء الخدمات التي استحدثت مؤخراً من اجل تحقيق الأهداف الآتية:

1 - تقليل حدوث كل أنواع الاضطرابات النفسية في المجتمع.
2 - خفض مدة المرض في عدد من الأمراض النفسية الرئيسية.
3 - تقليل الاختلالات التي قد تنتج عن الأمراض النفسية.

لكن اغلب الأهداف التي أساس لها قانون الصحة النفسية المجتمعية لم تتحقق لان معظم الخدمات التي قدمها الأخصائيون النفسيون حينها لم يستفيد منها المرضى بأمراض نفسية مزمنة أو خطيرة فقط، بل استفاد منها أيضا الذين يعانون من المشكلات النفسية والانفعالية التي كانت تعالج سابقا في العيادات الخاصة. وكان من نتائج ذلك أن العديد من المصابين بأمراض نفسية مزمنة لم يتلقوا العلاج المناسب. وفي عام 1968 ألقى ليبرمان (Lanterman) كلمة أمام الكونجرس أشار فيها إلى تزايد القلق بهذا الخصوص، ثم طرحت شروط جديدة لتقديم خدمات الصحة النفسية في العيادات بحيث يتلقى المرضى بأمراض نفسية مزمنة تدخل قصير الأمد، بينما يتلقى المرضى بأمراض نفسية خطير تدخلات طويلة الأمد.

وفي أواخر الستينيات وأوائل السبعينيات من القرن العشرين طبقت مبادئ التدخل النفسي في الأزمات لتقليل إيداع المرضى المزمنين في المستشفيات الأمريكية. وأدت التطورات السياسية المتلاحقة إلى زيادة التعاون بين أجهزة الصحة النفسية عبر العديد من الوكالات. ومنذ إقرار قانون الصحة النفسية المجتمعية أجبرت كل مراكز الصحة النفسية على تقديم خدمات التدخل في الأزمات وخدمات الطوارئ على مدى 24 ساعة يوميا. ومع مرور الوقت تم التركيز على الانتقال من خدمات الصحة النفسية التي تقدمها المؤسسات إلى الخدمات التي يقدمها المجتمع. واستمر العمل من اجل تخفيف العبء على النظام المؤسسي، وأصبح الهدف أكثر تركيزاً على استقرار حالة المريض لأيام كثيرة، وان تقدم له رعاية طويلة الأمد، واتسعت البرامج المجتمعية سريعا لتتلاءم مع زيادة الإقبال على خدمات طوارئ الطب النفسي (Emergency Psychiatric Services) (Brown et al., 2003: 434). وفي الوقت الراهن يرى المهتمون أن خدمات التدخل النفسي في الأزمات يجب أن تصبح جزء من برامج الوقاية الشاملة.

وفي الوطن العربي كان للكويت تجربة رائدة في مجال التدخل في الأزمات، ففي عام 1993 اشترك مكتب الإنماء الاجتماعي بالديوان الأميري والمؤسسة الدولية للأحداث الضاغطة الحرجة International Critical Incident Stress Foundation (ICISF). في الولايات المتحدة، وجامعة الكويت، وجهات أخرى في تنفيذ برنامج وطني للتدخل في الأزمات بعد غزو

الكويت، كما نفذ مكتب الإنماء الاجتماعي العديد من الدراسات حول الآثار النفسية للعدوان العراقي على الكويت، والآثار المتعلقة بالكوارث والحروب من اجل توفير شبكة معلومات متقدمة متصلة بشبكة معلومات خارجية متخصصة في مجال بحوث الآثار النفسية للصدمة. ونفذت دراسات أخرى مماثلة ضمن البرامج الأكاديمية لجامعة الكويت، ومؤسسات علمية وبحثية أخرى. كذلك الحال أيضا في العراق حيث أجرى الباحثون عدد من الدراسات عن الآثار النفسية على الجنود الذي شاركوا في الحرب، والأسرى العائدين من إيران بعد الحرب العراقية – الإيرانية. وأنشأت عدد من الدول العربية مشاريع الإرشاد النفسي لضحايا العنف والأزمات كالإرشاد عبر التلفون أو ما يعرف بالخط الساخن، نذكر من هذه الدول على سبيل المثال كل من اليمن (في عدن والحديدة) والسعودية والكويت ولبنان ومصر، هذا فضلا عن كثير من الجهود الأخرى الرسمية وغير الرسمية في المجالات ذات العلاقة بالتدخل والعلاج النفس في الأزمات التي تترك آثار واضحة لدى الضحايا. لكننا وبشكل رسمي لا نزال نفتقر إلى مراكز علاجية متخصصة في التدخل النفسي في الأزمات والكوارث، هذا فضلا عن حاجتنا الماسة في الوطن العربي إلى مراكز أبحاث متخصصة في مجال الأزمات.

وفي الوقت الراهن يستخدم التدخل النفسي لدعم الأشخاص الذين يواجهون أزمات حادة تؤدي إلى إصابتهم باضطرابات نفسية أو تؤدي إلى فشل أو صعوبات في التكيف.

وهناك عديد من الطرق والأساليب المستخدمة في التدخل النفس في الأزمات، لكن اغلب طرق التدخل تركز على ما يأتي:

1 - مساعدة الفرد في اكتساب السيادة (السيطرة) المعرفية على الموقف.

2 - التعامل مع الاستخدام غير المبرر لآليات الدفاع النفسي التي تحول دون التوصل إلى حلول ناجعة للمشكلة (مثل الهروب إلى أحلام اليقظة أو تناول المهدءات).

3 - تعديل الانفعالات والمشاعر غير الملاءمة التي تنشأ عن الأزمات، والتعامل معها (الارياني، 2009: 38).

نظرية التدخل النفسي في الأزمات:

تتألف نظرية التدخل النفسي في الأزمات من مزيج انتقائي من النظريات النفسية، وتشمل النظرية المعرفية -السلوكية والتحليل النفسي، والوجودية، والإنسانية، ونظريات الأنساق العامة (Callahan, 1998; Kanel, 1999). وسيجد المتتبع أن هناك عدد من البرامج التي صممت لوصف عمليات التدخل، لكنها تشترك في خاصيتين، الأولى: أن التدخل في الأزمات محدد بوقت معين. والثانية: أن برامج التدخل النفسي في الأزمات مصممة لمساعدة الأفراد على العودة إلى المستوى الوظيفي السابق للأزمة. حيث يركز العاملون في هذا المجال على خفض الاختلالات في الاضطرابات النفسية الحادة بدلا من التدخل طويل الأمد كما هو الحال في اضطرابات الشخصية أو الاضطرابات الذهانية. وتقوم عملية التدخل

على مبدأ عدم النظر إلى الأعراض المرضية لدى الفرد كمؤشر على تدهور الشخصية أو الاضطراب العقلي، وبدلاً من ذلك يُنظر إليها كعلامات تؤكد أنه يمر بفترة انتقالية قصيرة نسبيا من الاضطراب والتدهور. ويكون الهدف من التدخل في هذه الحالة مساعدة الفرد والجماعة على التعاطي مع الضغوط إلي تتضمنها الفترة الانتقالية، حيث يدرك معظم الناس خلال الأزمات أنهم بحاجة إلى المساعدة، ولكن يجب ألا ينظروا إلى أنفسهم، ولا يُنظر إليهم كمرضى نفسيين.

إن وضع التدخل في الأزمات ضمن نظرية واحدة يبدو أمراً مستحيلا، نظرا لتعدد مجال الخبرات البشرية وتعدد نماذج التدخل في الأزمات أيضاً. فقد تطورت نظرية الأزمة في علم النفس وإجراءات التدخل في الأزمات من مجموعة من العمليات والإجراءات المنتقاة من العلوم الاجتماعية والصحة والخدمات الإنسانية. لان مساعدة الناس أثناء الأزمات تعتبر عملية معقدة و متعددة الاختصاصات والمساعي، فالطبيعة البشرية تشتمل على أنظمة عقائدية وجسمية وانفعالية ونفسية واجتماعية ودينية وروحية. ولذلك لا توجد نظرية واحدة تكفي للتفسير، أو منهج واحد أكثر فاعلية من غيره في مساعدة المتضررين من الأزمات باختلاف أنواعها(Thompson, 2004, p.48) . وإنما هناك نماذج وإجراءات للتدخل تتسق مع طبيعة الأحداث المسببة للازمة والعواقب التي خلفتها في نفوس الناس، وتأثيراتها على مقدمي خدمات الرعاية والتدخل. ويقع على عاتق الأخصائي النفسي، وعلى قائد

فريق التدخل إن يختار من نماذج التدخل الخطوات التي تتناسب مع طبيعة الأزمة التي يتصدى لها في الموقف المعين، وان يضع خطة دقيقة لأسلوب وخطوات التدخل التي سيتبعها في مواجهة الأزمة.

وترجع معظم التطورات في برامج التدخل النفسي في الأزمات إلى العقود الأخيرة من القرن العشرين حيث ازداد اهتمام المعالجون النفسيون باستراتيجيات التدخل لاسيما كاستجابة لتخفيض عدد المرضى النفسين المودعين في المستشفيات، كما إن الحاجة لتقدير تكاليف وفوائد العلاج النفسي ضمن مصادر الصحة العامة أدت إلى زيادة اهتمام الأبحاث بتقييم فعالية العلاج النفسي وهذا ما دفع كثير من العلماء إلى تطوير برامج جديدة للتدخل النفسي في الأزمات تتسق مع هذه التوجهات (Pavan et al., 2003) حتى أصبحت خدمات التدخل النفسي في الأزمات جزء لا يتجزأ من أنظمة تقديم العلاج وبرامج الصحة النفسية، واهتمت أنظمة العلاج بتدريب الأخصائيين النفسيين على المهارات التي تمكنهم من التدخل بفاعلية مع الأشخاص الذين يعيشون في ضل ظروف منهكة لحياتهم.

في البداية طبق المعالجون المنهج السيكودينامي في مجال التدخل النفسي في الأزمات لكنهم وجدوا أن نظرية التحليل النفسي غير قادة على التعامل مع العناصر الاجتماعية والبيئية والظرفية التي تتضمنها حالة الأزمة، ولذاك ظهرت نظريات أخرى لمعالجة هذه العناصر كنظرية الأنساق لهالي (Haley,1973,1976) التي أكد فيها أن الأزمة ليست ما يحدث داخل

الفرد فقط، بل هي أيضا خليط من العلاقات المترابطة والاعتماد المتبادل بين الناس بعضهم البعض وبين الناس والأحداث. وفي السبعينيات من القرن العشرين قدم كارل روجرز النظرية البين شخصية اعتمادا على مفهوم الذات لديه، وتتلخص نظريته عن الأزمة في انه إذا كان الفرد يعتقد ويؤمن بذاته ويثق بنفسه، ويؤمن بأنه سيواجه الأزمة وسيتغلب عليها، فان الأزمة ستحل فعلا. أما إذا حافظ الفرد على مركز الضبط الخارجي فان الأزمة ستستمر. وبالإضافة إلى هذه النظريات قدم أريكسون نظرية عن مراحل التطور تتلخص في أن الأفراد عندما يتنقلون خلال مراحل التطور المختلفة يجب أن يطوروا عدد من المهارات والمسؤوليات المحددة، لان عدم الإيفاء بهذه المسؤوليات في المراحل المناسبة سيؤدي إلى أزمات محتملة في مراحل لاحقة.

كما طور كرومبير و كورمبير (Cormier & Cormier, 1985) نظرية عن التكيف والأزمة مفادها أن استمرار سبب الأزمة يرجع إلى احتفاظ الفرد بالسلوكيات غير التكيفية، وانه إذا كان بإمكان الإنسان أن يتعلم سلوك تكيفي فبإمكانه أيضا أن يتعلم سلوك غير تكيفي، ويؤدي تنفيذ الفرد للسلوكيات غير التكيفية إلى زيادة تعقيد الأزمة، وبالتالي فقد لا تتوقف. ثم طور برفنبرينر (Bronfenbrenner, 1995) نظرية الانساق البيئية مركزاً على السياق البيئي الذي تحدث فيه الأزمة. وقام جمس وجيليلاند بتوسيع هذه النظرية وأكدوا فيها أن الأخصائي النفسي يجب أن

يدرك بأن الفرد لا يتعرض وحده للازمة، و أن الأزمة تتسع لتشمل كل البيئة المحيطة بالفرد (James, 2007).

أما أصحاب النظرية المعرفية فقد طوروا نظرتهم لحالة الأزمة من خلال الإطار العام للنظرية المعرفية. مؤكدين أن النجاح أو الفشل في مواجهة الأزمة يعتمد على طريقة إدراك الأحداث والمواقف الضاغطة. لان تصور الفرد للأزمة يعتمد على الطريقة التي ينظر من خلالها للحدث الأزموي، وكيف يفسر ويقيم ذلك، والقرارات التي سيتخذها لمواجهة الحدث، وما إذا كان سيتعامل مع الحدث كأزمة معقدة، أم كمشكلة يمكن التغلب عليها. ومدى تأثير ذلك على القرارات التي سيتخذها، وانعكاس كل هذه المتغيرات على حالته النفسية والبدنية.

تعتبر الأزمة جزء من الحياة، فهي عقبة أو عائق يقف أمام تقدم الحياة اليومية وينتج عنها فقدان في التوازن يستمر لفترة زمنية تتراوح بين (4) إلى (6) أسابيع في اغلب الحالات، وفي حالات قليل يتطلب حل الأزمة فترة من الوقت قد تصل أحياناً إلى عدة أشهر. ومن اجل توضيح الالتباس في مدة بقاء الأزمة يجب أن نفرق بين إعادة التوازن ومعالجة الأزمة. حيث يتميز اختلال التوازن بوجود تشوش انفعالي وشكاوي بدنية، وسلوك شاذ ويحدث تحسن كبير في هذه العلامات خلال الأسابيع الستة الأولى من عملية التدخل النفسي. وتؤدي خبرة التعرض السابقة للتشوش الانفعالي الشديد في حالة الأزمة إلى دفع الفرد نحو السلوك الذي يساهم في الحد من

الانزعاج الذاتي، وهكذا يتم استعادة التوازن، ويتلاشى التشوش في وقت محدد. لكن ذلك لا يعني بالضرورة انتهاء الأزمة تماما فقد يضل الفرد في دائرة الخطر حتى يتم معالجة العوامل المسببة للازمة، أو يتمكن من التكيف معها ويستعيد توازنه الداخلي مرة أخرى.

إن استعادة التوازن يحافظ على اتساق الشخصية والاستقرار الانفعالي ويحافظ على تماسك التوقعات. فعادة ما يقوم الإنسان بإدارة شؤون حياته ضمن الحدود الطبيعية والروتينية، ومع ذلك يمكن أن تسبب الأحداث الخطرة اختلال جسيم في توازنه النفسي بسبب زيادة الأعباء على مصادر التكيف لديه. لان الأزمة تنشأ عندما تكون مطالب الحياة اكبر من قدرة الفرد على إدارتها والاستجابة لها، حينها يشعر بأنه لا يملك الإمكانات اللازمة للتغلب على الخطر أو التكيف معه، الأمر الذي يؤدي إلى اضطراب شديد في التوازن الانفعالي وفي الأساليب الاعتيادية للحفاظ عليه. ولذلك فان جميع الناس معرضين لهذا النمط من فقدان الاتزان، مع الأخذ بعين الاعتبار وجود فروق فردية بين مختلف البشر في إدراك أحداث الحياة الضاغطة، وفي إمكانيات واستراتيجيات المواجهة وفي قابلية التعرض للازمة (Leiper & Kent, 2003, P.49).

ولهذا السبب يرى الباحثون أن إدراك الفرد للأحدث الضاغطة والمعنى الذي يسبغه عليها يحددان إمكانية مواجهته للازمة. فهذا المعنى يمثل "**المفتاح المعرفي**" الذي يفتح الباب لفهم تجربته مع الأزمة (Slaikeu,

1990, p. 18). فهو يؤثر كما قلنا في استجابته للحدث، ويحدد الجهات التي سيلقي عليها باللوم، ويحدد سبب ذلك أيضا. أما المعنى بحد ذاته فهو دينامي، وغير ثابت، ويتغير مع الزمن كلما تغير سياق الحدث. ومن خلال استيعاب معنى الحدث يمكن للأطباء والمعالجين إعادة تشكيل البنية المعرفية لدى مرضاهم ومساعدتهم على التخفيف من معاناتهم، وزيادة قدراتهم على المواجهة، ومنع العواقب الوجدانية والبدنية والسلوكية على المدى الطويل.

أما عدم الحصول على المساعدة المتخصصة فسيجعل عرضة للمرض النفسي أو للسلوك غير التكيفي (Stone, & Conley,2004). ويمكن أن يؤدي التدخل في الأزمات إلى حل مبكر لاضطراب الضغط الحاد، أو نوبات الأزمة. ويوفر نقطة تحول يقويها الفرد من خلال الخبرة. فالهدف النهائي للتدخل النفسي في الأزمات هو دعم استراتيجيات المواجهة المتوفرة، أو مساعدة الناس على تطوير مهارات جديدة للمواجهة، وحل المشاكل الأمر الذي يساعدهم على اتخاذ خطوات ملموسة نحو إدارة مشاعرهم ووضع خطة للمواجهة. ويمكن للتدخل في الأزمات أن يعزز عوامل القوة وعوامل الحماية لدى أولئك الذين يشعروا بان الأحداث الصدمية طغت عليهم. كما يهدف التدخل في الأزمات أيضا إلى الحد من السلوك الخطر (السلوك الفتاك كالانتحار او العنف الموجه نحو الآخرين) وأي سلوك يحتمل أن يتضمن ضررا أو أذى للنفس أو للغير.

ويختلف التدخل النفسي في الأزمات عن العلاج النفسي التقليدي في عدد من الجوانب. فالتدخل في الأزمات عادة ما يتم في العيادات الإكلينيكية، أو في مكان وقوع الحادث كما هو الحال في الكوارث الطبيعية أو أحداث العنف في المدرسة، أو في مكان العمل، وينفذ التدخل في الأزمات مباشرة بعد وقوع الحادث المؤلم، أما العلاج النفس فيتطلب ترتيبات كثيرة ووقت طويل قبل أن يصل المريض إلى المعالج، ويركز العلاج النفسي على التشخيص والعلاج، ويقوم بشكل عام على التعاون بين المعالج والمتعالج بهدف زيادة نمو شخصية المتعالج، وتحسين الأداء الوظيفي من خلال زيادة الاستبصار بالمرض (العلاج التحليلي) أو تقييم التفكير والمشاعر والسلوك (العلاج المعرفي –السلوكي). وبالمقابل يركز التدخل النفسي في الأزمات على تحديد معنى الأزمة لدى الفرد، وتقييم التعلم، ونقاط القوة والضعف في نظام الدعم والمساندة، وعملية تكيّف وتطوير مهارات المواجهة والتصدي لدي الفرد، كل ذلك ضمن هدف عام هو العودة بمستوى الأداء الوظيفي إلى سابق عهده قبل الأزمة. يضاف إلى ذلك أن التدخل النفسي في الأزمة يكون في الغالب مباشر ويركز على التقليل من أي تأثيرات سلبية على الصحة النفسية مستقبلا (Wainrib & Bloch,1998). لكن الخبرات الميدانية بينت أن بعض الأفراد لا يتمكنوا بعد الأزمة من إعادة بناء حياتهم تماما، بينما يتمكن كثير من الأفراد من استعادة مستوى الأداء اليومي كما كان قبل وقوع الأزمة، ويدرك بعضهم أن النجاح في حل الأزمة يحفزهم لتحقيق التغير والتطور الايجابي وتعزيز إمكانيات المواجهة

وخفض السلوك السلبي، وزيادة التحسن في الأداء الوظيفي لديهم. لان اكتساب مهارات جديدة للتعامل مع الأزمة الراهنة يساعد في تعزيز نموهم النفس والانفعالي، ويستفيدوا من خبراتهم في مواجهة الأزمات والمواقف الضاغطة مستقبلا (Fraser, 1998).

مبادئ التدخل النفسي في الأزمات:

يحتاج كل أخصائي نفسي أن يعرف الكثير عن طرق الاستجابة الفعالة في الأزمات، ومع ذلك فان كثير من الأخصائيين لم يتلقوا التدريب الكافي للتعامل معها، ولم يجدوا معلومات ومعارف كافية في المناهج الدراسية أثناء إعدادهم للعمل في هذا المجال، وهذا يعني أن طرق العلاج النفس بحاجة لان تتكيف مع مختلف الظروف والأحوال. فقد طور منهاج التدخل في الأزمات في البداية للتعامل مع الذين يأتون إلى المؤسسات العلاجية أو إلى أخصائي العلاج الفردي أثناء معاناتهم من أزمة حديثة. في حين أن معظم المسائل والتكنيكات المتعلقة بالأزمات تحدث ضمن سياق التطور المستمر في عملية العلاج النفسي.

إن التدخل في الأزمات يعد مدخل عملي صمم لحل الأزمة وتحقيق الاستقرار بشكل مثمر قدر الإمكان. وتمثل مبادئ التدخل في الأزمات العنصر الأكثر أهمية – إن لم يكن العنصر الأساسي –في مهارات الأخصائي النفسي الكفء، وتتضمن هذه المبادئ مهارات كثيرة؛ منها أن يكون الأخصائي أكثر نشاطا، ولديه القدرة على معالجة المواقف الانفعالية،

والاستعداد لتوسيع نطاق التدخل ليشمل أناس آخرين إذا كان ذلك ضروريا، ويسترشد بعدد من المبادئ والإرشادات التي تساعده في تحقيق الهدف العام للتدخل، من هذه الإرشادات ما يأتي:

1 - توخي أسلوب الإدارة الشاملة الذي يولد الإحساس بالأمان لدى العميل واستعادة التوازن الشخصي.

2 - تصحيح الاختلالات المعرفية، والحد من الشعور بالارتباك وفقدان السيطرة وتعزيز الفاعلية من خلال إيجاد استراتيجيات جديدة للمواجهة، واستخدام منهج حل المشكلة في معالجة الصعوبات.

3 - استخدام المساعدات المتاحة، والتواصل مع مصادر الدعم والشبكات الاجتماعية دون تعزيز مبدأ التبعية لهذه المصادر.

4 - إن التقييم الدقيق للموقف يعتبر الخطوة الأكثر أهمية في الاستجابة للازمات لان التقييم يوجه الأخصائيين نحو أسلوب التدخل المناسب في كل حالة. وأي قرار خاطئ في هذه المرحلة قد يتسبب بهلاك الناس، فبالرغم من التشابه القائم بين بعض حالات الاضطراب إلا إن كل فرد يمثل حالة مستقلة ومختلفة عن غيرها، لذا يجب الحرص على تجنب الإفراط في التعميم.

5 - القدرة على التفكير بسرعة وبشكل إبداعي، فعندما يوضع الناس في مواقف عصيبة ومربكة تقل لديهم القدرة على التركيز والتفكير بروية، ويحتاجوا إلى من يساعدهم على التفكير السليم، لأنهم في

مثل هذه الحالات يعجزون عن الخروج نفق الأزمة، ولا يتمكنوا من رؤية الخيارات والاحتمالات الممكنة لمعالجة الموقف. ولهذا السبب يجب أن يحتفظ أخصائي التدخل النفسي برؤية متفتحة تتيح له مساعدة الآخرين على استكشاف كل الخيارات المحتملة. وان يكون قادرا على معالجة الأزمة لدى المتضررين. لان كثير من الناس يشعرون أثناء التعرض للأزمات بان الأمور قد خرجت عن نطاق السيطرة، ولذلك عندما تتاح أمامهم فرصة التغلب على الأزمة يجب أن يتمكنوا بسرعة من إدراك هذه الفرصة واستغلالها.

6 - يجب أن يكون أخصائي التدخل في الأزمات قادرا على البقاء هادئ ومركز الانتباه، لان الأزمة تتطلب القدرة على التعاطف مع عدم التورط الشخصي فيها.

7 - غالبا ما يكون التدخل النفسي في الأزمات قصير المدى، ويتطلب وضع أهداف محددة بشأن السلوكيات الخاصة التي يمكن تحقيقها في فترة قصيرة. فعلى سبيل المثال قد يعمل المعالج على زيادة وتيرة جلسات العلاج مع المريض الذي حاول الانتحار حتى تخف الأفكار الانتحارية لديه. لان إدارة الأزمة غالبا ما تكون هي الهدف الأساسي للتدخل النفسي بدلا من التركيز على معالجة الأزمة كليا.

8 - يجب على أخصائي النفسي أن يساعد المعرضين للازمة على التعرف على تأثيراتها وتقبل عواقبها النفسية والسلوكية، ويدربهم على كيفية تحديد مهارات المواجهة ومصادر الدعم المتاحة أمامهم.

وكيف يضعوا خطة السلامة بهدف مواجهة التحديات الحالية والمتوقعة للحدث الأزموي الراهن.

9 - تتصف الأزمة بفقدان السيطرة والآمان وهذا ما يحتم على الأخصائي النفسي أن يساعد الفرد على استعادة القوة والسيطرة في بيئته الداخلية (النفسية) والخارجية.

10 - ليس الهدف من التدخل طرح الأسئلة الاستكشافية فقط، بل أيضا التركيز على الحاضر (هنا والآن). ولهذا يجب أن يتصرف أخصائي التدخل وكأنه ُمدعّم انفعالي في الوقت الذي تكون فيه العواطف الذاتية مستحيلة. كما انه يساعد الناس على اكتشاف مصادرهم الذاتية التي يمكن أن يستخدموها فيما بعد لتحقيق أهدافهم.

11 - يتطلب التدخل في الأزمات أن تكون لدى الأخصائي النفسي الألفة مع الأوضاع المتوقعة في عمله، فالقدرة على توجه الناس مثلا إلى الملاجئ القريبة والأماكن الآمنة عند وقوع الكوارث، ومساعدتهم في العثور على ذويهم، تعد من الجوانب الحاسمة في عمله.

12 - يفضل أن يطلع الأخصائي النفسي على بيانات الفرد بشكل كلي بدلا من فصل البيانات الخاصة بالجوانب الانفعالية والمعرفية، حيث يساعد ذلك في تكوين رؤية ثاقبة عن مصادر الدعم المتاحة أمام الفرد في هذه الحالة.

13 - إن التدريبات المتينة في مجال التدخل النفسي في الأزمات (مع التركيز على مهارات التعرف على الانتحار والأفكار الانتحارية) تعد جوانب هامة بالنسبة لأخصائي التدخل في الأزمة، بالإضافة إلى الخبرة في مجال تقديم الإرشاد النفسي (Priscilla, 2007).

14 - يوفر منهج التدخل في الأزمات آليات فاعلة للتغيير خاصة بالنسبة للأشخاص الذين يفقدون توازنهم النفسي أو الذين يشعرون بعدم قدرتهم على تحمل الموقف أولم تعد لديهم مهارات كافية للتأقلم، والأشخاص الذين يشعرون بالقلق وعدم الراحة. وينبغي أن يكون الهدف الأول للمعالجين هو مساعدة هؤلاء الأشخاص على العودة إلى مستوى أدائهم الوظيفي السابق بأقصى سرعة ممكنة، والتخفيف من الآثار السلبية للازمة على صحتهم النفسية والاجتماعية مستقبلا (Stevens & Ellerbrock, 1995).

15 - تبصير الأفراد وزيادة وعيهم بطبيعة المواقف والأحداث التي أدت إلى نشأة الأزمة في حياتهم.

16 - زيادة فعالية الناس أثناء مواجهة الأزمات وذلك من خلال توظيف الإمكانات المتاحة لديهم واستنهاض الإمكانات الكامنة (تدعيم المواقف الايجابية، التشجيع على الإقدام والمواجهة الايجابية، وتعزيز الروح المعنوية) بهدف تحقيق مواجهة آمنة وناجحة مع الأزمات والكوارث.

17 - **توفير المعلومات الضرورية الخاصة بالمؤسسات (والهيئات والمنظمات والمستشفيات والمراكز.....الخ) القادرة على تقديم الدعم النفسي، والطبي، والاجتماعي والاقتصادي، أو الإعلامي لضحايا الأزمات والكوارث. وتتلخص مبادئ التدخل النفسي في الأزمات في الجدول رقم (2) الآتي:**

جدول (2) مبادئ التدخل النفسي في الأزمات.

التدخل النفسي	الأهداف
إجراء اتصال انفعالي سريع، وتكوين علاقة شاملة.	بناء علاقة فعالة.
تبني موقف نشط ومباشر.	تكوين تدخلات معرفية تعليمية.
التركيز على الواقع الحالي، والمحافظة على ذلك.	
تسهيل التعبير عن الانفعالات.	تفعيل مدخل إدارة الحالة
تقديم تصورات بديلة للموقف.	
دعم أسلوب حل المشكلة.	
تعزيز مهارات المواجهة.	
إشراك الأسرة والشبكة الاجتماعية.	
التكيف مع البيئة وحشد الموارد (المصادر).	
تطوير خطة العمل.	
ضمان المتابعة .	

(Leiper & Kent, 2003, p.49-51)

مهارات أخصائي التدخل النفسي في الأزمات:

يفترض بالأخصائي النفسي أن يحوز قدر كبير من المهارات التي تمكنه من أداء عمله، والاضطلاع بمسؤولياته على الوجه الأكمل. ولذلك نرى أن يتمكن الأخصائي النفسي من المهارات الآتية:

1 - **القدرة على تحمل المسؤولية**: وهذا يعني شعوره بعدم الرضا عن الفشل في تحقيق ما عزم على تحقيقه باعتباره أنه ملتزم أدبياً بتحقيقه، والقدرة على إنجاز ما يكلف به ورغبته في أداء واجبات وظيفية وتحمل أعبائها وتحمل مسؤوليات القرارات التي يتخذها والأعمال التي يقوم بها، وعدم التهرب من المسؤولية وإلقائها على الآخرين وتوفير مستوى معين من الطموح يدفعه إلى تحمل المسؤولية.

2 - **المعرفة العلمية:** فلابد أن يتمكن الأخصائي معرفيا من مجال عمله، ويلم بقدر كبير بالمجالات العلمية القريبة من تخصصه، وبما يمكنه من تقديم نفسه بصورة جيدة، تساعد في زيادة ثقة الآخرون به، وفي تمكنه من مهارات التدخل النفسي في الأزمات.

3 - **مهارات الاتصال**: وتشمل القدرة على التأثير في الآخرين وتحفيزهم على إنجاز الأهداف المطلوبة، وإيجاد المناخ الملائم للعمل الجماعي والتعاون البناء بين أفراد الجماعة، يتطلب ذلك توفير المعاملة الطيبة واحترام الأفراد لبعضهم البعض، ومراعاة الفروق الفردية فيما بينهم.

4 - **المهارات اللغوية:** كالقدرة على التحدث بأسلوب مؤثر أمام الآخرين والتحكم في انفعالاته أثناء الكلام، والقدرة على توصيل المعلومات المطلوبة بسهولة ويسر، والقدرة على الإقناع (دياب، 2001: 192).

5 - **المهارات المعرفية:** تعد المهارات المعرفية (Cognitive Skills) أكثر المهارات التي تساعد الأخصائي النفسي على النجاح في التخطيط للعمل وتوجيه وترتيب الأولويات، وتوقع الأمور التي يمكن أن تحدث في المستقبل، وما يترتب على ذلك من إدراك مسبق للخطر و تحقيق الفائدة المرجوة من خلال النظرة الكلية للأشياء والعلاقات بين أجزائها المختلفة. ويتعلق هذا النوع بمدى كفاءة الأخصائي النفسي وقدرته على رؤية وتنظيم الموقف وفهمه وربط أجزائه مع بعضها، وإدراك أثر العلاقات بين الأجزاء والتغيرات التي تحدث فيها. وتتضمن المهارات المعرفية مهارات فرعية تشمل التحليل والتخيل والقدرة على الابتكار.

6 - **مهارات حل المشكلة:** وتضم مهارة الإحساس بالمشكلة، والقدرة على تصور حلول متعددة لها والقدرة على تطبيق الأساليب العلمية الحديثة في تحليل وتفسير المواقف والأحداث التي تواجهه أثناء التدخل النفسي في الأزمات.

7 - **المهارات الاجتماعية:** هي مجموعة المهارات تتصل بالتعامل مع الغير والقدرة على الحزم والعدل والاستماع للآخرين والانفتاح لأسئلتهم وتقبل أفكارهم. بالإضافة إلى مهارات القيادة والتوجيه وحسن التعامل مع الصراعات ومواجهة المواقف الحرجة والتمكن من عرض الموضوعات

وإدارة الاجتماعات وإقامة علاقات جيدة مع أعضاء الفريق، والإخلاص في العمل.

8 - **مهارات اتخاذ القرار:** تحض عملية اتخاذ القرار بأهمية كبيرة في كافة مجالات الحياة، كونها اختياراً مدروساً للغايات وسبل تحقيقها من بين عدد من البدائل الممكنة في ضوء بعض المعايير المحتملة لتنفيذ القرار في حالة الأزمة.لذلك يمثل القرار المهمة الأكثر حساسية ودقة أثناء الأزمات نظراً للضغوط التي تتضمنها الأزمة، والمتغيرات التي تزيد من شدة الانزعاج والانفعالات لدى متخذ القرار فلا يتمكن من التفكير بشكل طبيعي، ويجد صعوبة في الاستفادة من خبرات الآخرين. لذا فمن الطبيعي أن يشعر مثل هذا الشخص بعدم الاتزان وفقدان السيطرة أثناء الأزمة، ويعجز عن التعمق فيها، يضاف إلى ذلك أن ما ينتابه من خوف وحذر شديدين يفقدانه القدرة على اختيار الحل الأقل خطرا والأكثر ملائمة. فالقرارات في موقف الأزمة لا تتعلق فقط بالعوامل المادية المؤثرة والمتأثرة بالأزمة والتي يمكن قياسها، وإنما تتعلق أيضًا بالعوامل المعنوية والأشياء غير الملموسة التي لا يمكن قياسها مثل العلاقات الشخصية والاجتماعية. ولذلك يفترض أن يمتلك الأخصائي النفسي هذه المهارات لكي يتمكن من مساعدة الناس على اتخاذ القرارات السليمة أثناء الأزمات، ويعمل معهم على تقييم نتائج تلك القرارات، والخطوات اللاحقة التي سيتخذونها.

وقد وضع بروكاشكا وزملاؤه 1994 (Prochaska, Norcross & DiClemente, 1994) بعضا من الشروط والكفايات الواجب توفرها فيمن يقدم خدمات التدخل النفسي في الأزمات وهي:

1) أن يكون لديه خبرة تدريبية في مجال التدخل في الأزمات أو ضمن مجال خدمات الخط الساخن أو الخدمات النفسية الطارئة.
2) يمكن الوصول إليه خلال أيام الأسبوع السبعة وخلال الأربع وعشرون ساعة اليومية.
3) لديه خط هاتف ساخن يمكن الاتصال به في أي وقت.
4) لديه خبرات عملية في غرفة الطوارئ أو مركز التدخل في الأزمات.
5) يحمل رخصة مزاولة المهنة

تكوين فريق التدخل النفسي في الأزمة:

تتطلب بعض الأزمات الكبيرة الناجمة عن أحداث عامة كالكوارث مثلا أو الهجمات الإرهابية أو الحروب، أو الأزمات المدرسية، تشكيل فرق للتدخل في الأزمة، وفي الغالب يتكون فريق الأزمات من مجموعة من الخبراء في مجالات التدخل في الأزمات يتم اختيارهم بعناية شريطة أن تتوافر لديهم الإمكانات والخبرات التي تؤهلهم للتعامل مع الأزمات الاستجابة الفورية لها، ويكون لديهم القدرة على التخطيط لمواجهة الأزمات المتوقعة وتتبع أثارها. ويتكون فريق المواجهة من (12 -16) شخص، يقودهم

أكثرهم خبرة في هذا المجال. و يعد حسن اختيار رئيس الفريق من المقومات الأساسية في نجاح مهمته، بل إن فشل الفريق كثيراً ما يكون مرده إلى سوء اختيار قائده، لذا يجب على الجهات المسئولة عن تشكيل فرق التدخل في الأزمات أن تتأكد من سلامة هذا الاختيار، فلا بد من تكوين فرق عمل متكامل ومتفاعل، يضم عدد من الخبراء والمتخصصين في مختلف التخصصات التي لها علاقة بالأزمة حتى يتمكنوا من بحث أبعاد الأزمة وطرق التعامل معها وإعداد خطة عمل سريعة محكمة ومدروسة بدقة (حمدونة، 2006). ويناط بفريق التدخل النفسي في الأزمات تقديم العديد من الخدمات ضمن مستويات مختلفة من التدخل، فهم يستجيبوا للمطالب الرئيسية للمحيط، ويساعدوا في الحكم على مستوى الدعم الذي يجب أن يقدم في كل حالة، وتحديد متى يكون ذلك ضروريا (Hayes & Norah, 2008). كما أن هناك علاقة وطيدة بين المجموعات المتخصصة بحل الأزمات والمجموعات الأخرى في مجال الصحة النفسية التي تتولى مهام الوقاية المبكرة والتدخلات اللاحقة، ويؤدي الفريقان خدمات مباشرة في المجالات الثانوية للصحة النفسية.

العلاقة بتن التدخل النفسي في الأزمات وخدمات الطوارئ:

تتلخص خدمات الطوارئ في الإجراءات التي تنفذ عندما يصل المريض إلى المستشفى أو العيادة، وتعد هذه الخدمات في بعض الأحيان جزء من خدمات نظام الرعاية الطبية العام، بينما ينظر إليها بعض الباحثين على

أنها إجراء مستقل. وتمثل خدمات الطوارئ نقطة دخول المرضى ذوي المشكلات النفس بيولوجية عندما تتطلب حالاتهم إيداعهم في المستشفى أو عندما يحتاجون إلى خدمات طبية قصيرة الأمد.

أما الخدمات المتعلقة بالأزمات فتقدم للذين يعانون من مشكلات نفس اجتماعية ويحتاجون إلى تدخل فوري، بدون الحاجة إلى إيداعهم في المستشفى. وتتعلق الصعوبات في بعض الحالات بعدم معرفة المرضى للخدمات التي يحتاجونها، ويرجع السبب في ذلك إلى أن الأفراد وبعض المؤسسات الاجتماعية (بما في ذلك رجال الأمن، و المؤسسات الاجتماعية، والعائلات، و والآخرين الذين كانوا أول من قابل المريض أثناء التعرض للصدمة) لا يستطيعوا التمييز بين الأزمة والحدث الطارئ. لذلك يجب على المؤسسات الطبية التي تعتمد على التميز بين وحدات الطوارئ ووحدات التدخل في الأزمات أن توضح لعملائها الفرق بين الأمرين.

لقد صممت خدمات الأزمات لتقدم تعويضا كافيا للأفراد في حالة التعرض للضغوط النفسية الحادة، من اجل توحيد ودمج المصادر البيئية، والعودة إلى الأداء الوظيفي في المجتمع بقدر الإمكان من السرعة، خلال ساعة أو عدد من الأيام في الغالب. ويتطلب إنجاز المهام المحددة في برامج التدخل توفير تام لعمليات العلاج النفسي المختصر، والمعالجات الطب نفسية، والتدخل الأسري، والمصادر المجتمعية. ومن جهة أخرى وضعت خدمات الطوارئ لتعويض المرضى المصابين باضطرابات نفسية ويعتقد أن

من الضروري إيداعهم في المستشفى. حيث يجب أن تكون خدمات الطوارئ متوفرة من اجل إدخال المرضى إلى المستشفى، أو لتقديم التسهيلات المطلوبة بدون تعريض المريض لأي معاناة، فضلا عن توفير دعم غير محدود للمريض في وحدة الطوارئ. وفي كل الحالات فان خدمات الطوارئ والتدخل في الأزمات يجب أن تتم بسرعة كبيرة، ولكن مع تشخيص دقيق للحالات، واستبعاد الحالات الطبية التي قد تكون سببا لظهور الأعراض النفسية لدى المريض، والحصول على الفحوصات وصور أشعة X الضرورية، والمعالجات الطارئة. ولكي يتم التأكد من حصول المرضى على الخدمات الطبية الضرورية يجب أن توجد غرفة الطوارئ والأزمات داخل مستشفى عام أو قريبة منه، كما إن العلاقة المهنية التامة بين الأطباء النفسيين وغرفة الطوارئ تعتبر امرأ ضروريا، فالتعاون بين غرف الطوارئ وبرامج التدخل في الأزمات يؤدي إلى تسهيل وزيادة فعالية الخدمات التي يقدمها الجهاز الطبي بشكل عام، و يقلل من تبذير الإمكانات من خلال استبعاد الأفراد الذين لا يحتاجون إلى خدمات نفسية أو لن يستفيدوا منها (Elpers, 2000, P6671).

الفصل الخامس

تقييم الأزمة

التقييم النفسي للازمة:

يحتل التقييم منزلة هامة في عملية التدخل النفسي، ويكاد أن يكون بمثابة الدور الرئيسي للأخصائي النفسي في الأزمات. حيث يجب عليه إجراء تقييم شامل للأشخاص المتأثرين بالأزمة، وجمع معلومات كافية عن الأزمة حتى يتمكن من معالجتها. وهناك العديد من نماذج واستمارات التقييم السريع التي تساعد المعالج النفسي وأخصائي الصحة النفسية في تكوين فكرة واضحة عن الحالة وتحديد نوع ومدة العلاج المناسب (Roberts, 2002). وبمجرد الشروع في تقييم الأزمة يتم تقييم بيئة العميل والعلاقات البين شخصية الراهنة. فالهدف من العمل الاجتماعي في مجال التدخل النفسي في الأزمات هو تحسين مستوى التوافق بين الناس وبيئتهم، وخصوصا بين حاجات الناس والمصادر البيئية، وتتضمن وظائف العمل الاجتماعي أيضا المساعد في تكاتف الناس واقترابهم من المصادر الشخصية والبيئية التي تزيد من فعالية المواجهة والتخفيف من مصادر الأزمة، والضغوط المرتبطة بها.

ويساعد التقييم في وضع خطة العلاج واتخاذ القرار المناسب فيما يتعلق بإجراءات التدخل النفسي في الأزمة. ويكون الهدف الأخير من التقييم هو تجهيز طريقة واضحة لتنظيم المعلومات ذات العلاقة بالخصائص الشخصية للفرد و بمدى ثبات نوبة الأزمة، وشدة الأزمة ومدتها، والاستفادة من هذه البيانات في تطوير خطة علاجية فعالة. حيث يفشل

بعض الأخصائيين المبتدئين في التمييز بين أحداث الحياة الضاغطة، والأحداث الصدمية، ومهارات المواجهة، والمتغيرات الوسيطة الأخرى، وبين الأزمة النشطة. فمعظم نوبات الأزمة تكون مسبوقة بواحد أو أكثر من الأحداث الضاغطة، والخطر أو الأحداث الصدمية (Traumatic Events). ومع ذلك فليس كل من يتعرض لهذه الأحداث سوف ينتقل إلى حالة الأزمة. ففي كل يوم يتمكن مئات الأشخاص من تفادى أزمات كثيرة بنجاح، بينما يعمل آخرون على التصعيد باتجاه الأزمة. ولذلك فإن من الأهمية بمكان تقييم وقياس ما إذا كان الشخص يعيش حالة الأزمة أم لا ؟! ومن خلال نتائج هذا التقييم يتم تحديد الأهداف العلاجية والبرتوكول المناسب للتدخل النفسي (Lewis & Roberts, 2001).

ويرى الاختصاصيون في مجال الأزمات أن فعالية التدخل تعتمد على التقييم الدقيق الذي يترجم مباشرة إلى علاج مركز عند الحاجة. فالتقييم الدقيق ينبغي أن يوفر المعلومات المطلوبة للإجابة عن أسئلة هامة منها مثلاً: ما الموارد التي يحتاج إليها هذا العميل من أجل حل الوضع المتأزم؟ وهل يمكن الاعتماد على شبكات الدعم الاجتماعية والأسرية في تعزيز موقف الفرد؟ وما هو التصور الذي كونه الفرد عن الأزمة؟، وعن قدرته على المواجهة؟ وهل يثق بمن حوله ويتقبل مساعدتهم؟ أم لا؟ وغير ذلك من الأسئلة التي توجه عملية التدخل لحل الأزمة. و تتطلب الإجابة على هذه الأسئلة تقييم مستمر للأفراد أثناء الأزمة، وتسجيل ردود الفعل

من اجل تكييف التدخل النفسي مع متطلبات الوضع الراهن. ولذلك قد يؤدي الاعتماد على نماذج واختبارات بسيطة في التشخيص والعلاج إلى تضليل الأطباء والمعالجين في مثل هذه الحالات. لذا يجب أن يعتمد أخصائي التدخل في الأزمات على نماذج مهنية موثوقة في التقييم والتدخل النفسي. فعلى سبيل المثال قدم لويس روبورتس (Roberts, 2002) نموذج لاستمارة تقييم تتكون من ثمانية أسئلة أساسية يجب أن يطرحها الأخصائي النفسي على العميل أثناء تقييم مخاطر الانتحار، من هذه الأسئلة مثلا: هل تفكر أن تؤذي نفسك؟ هل قمت بأي عمل مقصود لإيذاء نفسك؟ أو هل لديك آمل في تحسن الأمور ؟.

ويركز التقييم النفسي على قياس مستوى الأداء الوظيفي الحالي ومهارات المواجهة لدى الفرد، وتستخدم في ذلك قائمة تتضمن عدد من السلوكيات مرتبة حسب أهميتها من (صفر) إلى (100). وتشير الدرجة المرتفعة إلى تكامل وشمولية الأداء، واستراتيجيات المواجهة (APA, 1994). ويكون من الأفضل مقارنة مستوى الأداء الوظيفي الحالي مع مستويات الأداء المرتفعة التي حققها في العام الماضي. ويتطلب هذا التقييم الرجوع إلى البيانات السابقة الخاصة بالعميل كالتقارير الطبية أو التقارير المتعلقة بتقييم رؤساؤه له في مجال العمل. لكن العاملون في مجال الأزمات قد لا يجدوا متسع من الوقت لتحليل بيانات السجلات الطبية والاجتماعية والتربوية السابقة التي تكون متاحة في ظروف المعالجة الاعتيادية. ولذلك

تختصر عملية التقييم إلى الحدود التي تمكن من إجراء تقييم سريع يساعد في فهم وصياغة حالة الفرد، وتحديد العوامل المرسبة، والعوامل التي عجلت بالأزمة. ويجب أن يترافق تقييم الفرد مع تقييم شامل لطبيعة ونطاق الأزمة، وتحديد ما إذا كان الفرد ضحية أم شاهد على الحدث، ومدى اقترابه (بدنياً وزمنياً) من ذلك الحدث. فكلما زادت درجة إدراك التهديد زاد احتمال التعرض للأضرار الجسدية والعواقب النفسية.

ونظرا لان التقييم يشكل العملية الهامة والمحورية في برامج التدخل النفسي في الأزمات، يجب على الأخصائيين النفسيين العاملين في هذا المجال أن يقوموا بإجراء تقييم سريع للتوازن النفسي، وان يكونوا قادرين على تقديم الدعم والتقبل، وزيادة ثقة الناس بالمستقبل. كما يجب أن تتم معظم عمليات التقييم في موقع الحدث، لمدة 15 إلى 20 دقيقة. وفي الحالات التي يتعرض فيها عدد من الأشخاص لنفس الأزمة يكون من الأفضل وضع هؤلاء الأفراد في مجموعة واحدة وإجراء عملية التقييم في فترة أطول نسبيا. وفي هذه الحالة يضع الأخصائي النفسي "معيار أو نموذج "Norm سريع للمجموعة، ويحدد الأشخاص الذين ينحرفون سلوكياً عن هذا المعيار، من خلال التعرف على المخاطر الكبيرة في ردود أفاعلهم تجاه الأزمة. (Wainrib & Bloch,1998) ثم يعمل على تطوير خطة للتدخل النفسي يحدد فيها الحاجات الفعلية لهؤلاء الأشخاص، وقرر بدقة ما إذا كانوا يكذبون بخصوص مستوى تعرضهم للخطر أم لا؟. ولهذا السبب يتطلب التدخل في

الأزمات أشخاص مؤهلين تأهيلا جيداً ولديهم مهارات وخبرات كافة للتعامل مع هذه الحالات. فالقدرة على تقييم الحالات الطارئة والتعامل معها ليس عملاً روتينياً يؤديه الأخصائي النفسي كما هو الحال في الظروف العادية. فالمطلوب هنا هو أن يدرك الأخصائيون الحالة الطارئة، وأسباب عدم التوازن، وما ستؤول إليه الأزمة. فقد يؤدي التقييم الخاطئ إلى فقدان الفرص المواتية وعدم توظيف المهارات الفاعلة، ويمكن أن تسهم هذه الأخطاء في إطالة أمد الأزمة، أو تخلق مشكلات جديدة تزيد من خطورة الأزمة الحالية (Prochaska, Norcross, & DiClemente, 1994).

إن التقييم عملية شاملة تتم في كل مرحلة من مراحل التدخل في الأزمة وخلال عملية التقييم يجب أن يسأل الفرد عن إدراكه للازمة، وتسلسل الأحداث، والمشاعر الحالية، ومحاولات تعامله مع المشكلة مصدر الأزمة، وهل هو بأمان؟ وما تأثير ذلك على انفعالاته؟، وعلى تعاطيه للكحول أو العقاقير؟، ومستوى الضغط الحالي؟. كما يجب تقييم كل الأشخاص الواقعين في مجال الأزمة وبشكل مستمر من اجل تحديد ما إذا كانوا يشكلوا خطراً على أنفسهم أو على الآخرين. وينبغي على الأخصائي النفسي في بداية التقييم أن يتتبع التسلسل الزمني للأحداث من خلال الاستفسار عما حدث؟ ومن شارك في وقوع الأحداث المختلفة؟ وما هي الإجراءات التي اتخذت قبل طلب المساعدة؟ وما نتائج تلك الإجراءات؟ (Blancett, 2008).

وتشير الأدبيات المتاحة في هذا المجال إلى وجود منهجين لتقييم الأزمات يعتمد المنهج الأول على أسلوب الورقة والقلم. بينما يعتمد المنهج الثاني على أسلوب المقابلة المقننة التي أرسى إجراءاتها ماير واتونس 1994. ويبدو أن المنهج الثاني هو الأنسب لأنه يُستخدم على نطاق واسع في تقييم التدخل النفسي في الأزمات. ومع ذلك يفضل معظم المختصون استخدام أساليب تقييم تتضمن مراقبة وملاحظة السجل اليومي للعميل، واستمارة المقابلة شبه المقننة، ومقاييس التقدير الفردية، ومقاييس إحراز الأهداف (Goal Attainment Scales) والملاحظات السلوكية، والتقارير الذاتية، والمقاييس المعرفية، ونظم التشخيص ومعاييرها.

نماذج تقييم الأزمات:

هناك عدد من النماذج التي وضعها بعض الخبراء من اجل إرشاد الأطباء والأخصائيين النفسيين أثناء عمليات التقييم والعلاج النفسي أثناء الأزمات. فعلى سبيل المثال قدم روبرتس (Roberts, 2000; 2005) نموذجاً للتدخل النفسي في الأزمات يضم سبع خطوات هي:

أ - تقييم السلوك الخطر أو الفتاك لدى العميل، والحاجة إلى الأمان.

ب - بناء التقبل والاتصال مع العميل.

جـ -تحديد المشكلة الرئيسية.

د - التعامل مع المشاعر وتقديم الدعم.

هـ -استكشاف البدائل الممكنة.

و -إعداد صياغة لخطة العمل.

ز -التأكد من إجراءات المتابعة.

وطور جمس وجليلاند (James and Gilliland, 2001) منحى إجرائي للتدخل في الأزمات ركز فيه على التقييم المستمر خلال ست خطوات للتدخل النفسي (James and Gilliland, 2005, P.33).

وهذا النموذج يفرض على الأخصائي النفسي تقييم الجوانب الآتية:

أ -تقييم شدة الأزمة.

ب -تقييم الحالة الانفعالية الراهنة لدى العميل.

جـ -فحص وتقييم البدائل المتاحة، واستراتيجيات المواجهة، وأنظمة الدعم والمصادر المتاحة الأخرى.

د -تقييم درجة الخطورة لدى العميل (درجة الخطورة على الذات أو على الآخرين).

وعلى الرغم من أن مثل هذه النماذج تقدم إطارا مرجعيا للتقييم والتدخل النفسي في الأزمات، إلا أن الخبراء يختلفون فيما بينهم حول مدة التدخل وعدد الخطوات الأساسية في عملية التدخل، بل انه ماحيانا قد لا يتفقوا على عناصر محددة وأساسية في عملية التدخل.

وسنتناول فيما يأتي اثنين من أهم نماذج تقييم الأزمات وهما التقييم البيولوجي النفسي الاجتماعي الثقافي، ونظام تقييم الأولوية.

أولا -التقييم البيولوجي النفسي الاجتماعي الثقافي:

قام فانديفير وكوركران (Vandiver & Corcoran,2002) بعرض ومناقشة النموذج البيونفس اجتماعي الثقافي (Biopsychosocial-cultural model) للتقييم باعتباره الخطوة الأولى في المقابلة الإكلينيكية يتزود خلالها الأخصائي النفسي بالمعلومات الضرورية لتشكيل الأهداف والخطة العلاجية الفاعلة (P.297). و وفقا لهذا النموذج فان المعلومات التي تجمع عن العميل يجب أن تتعلق بالمجالات الآتية:

1 - **الحالات الصحية الحالية (كضغط الدم مثلا) والحالات الصحية السابقة (كالسكري) أو الإصابات والجروح (مثل إصابات الدماغ) والأدوية التي يتناولها في الوقت الراهن، والسلوك الصحي، وأسلوب الحياة لدى الفرد (كالاستعداد للتمارين الرياضية، وأسلوب التغذية، وأنماط النوم، وإساءة استخدام العقاقير).**

2 - **الحالة النفسية لدى العميل: وتتضمن فحص الحالة العقلية، والمظهر والسلوك، واللغة والكلام، وعمليات التفكير ومحتواه، والمزاج والوجدان، والوظائف المعرفية، كالذاكرة، والاستبصار بحالته الراهنة، ومستوى الذكاء العام. بالإضافة إلى قياس مخاطر التوجه نحو الانتحار، أو إيذاء الآخرين، وما إذا كان يجب إحالته إلى الطبيب النفسي للعلاج أم لا.**

3 - **الخبرات الاجتماعية -الثقافية والخلفية الثقافية للعميل:** وتتضمن جوانب عديدة منها الانتماء العرقي، واللغة، والانسجام الثقافي مع الآخر، والمعتقدات الروحية، والارتباطات الثقافية (كالروابط المجتمعية، وعلاقات الجوار، والأوضاع الاقتصادية، وتوافر الغذاء والمأوى) وشبكة العلاقات الاجتماعية (كالأسرة، والأصدقاء، وزملاء العمل).

وقد اقترح ايستريان (Austrian, 2002) أن يتضمن التقييم البيونفس اجتماعي الثقافي عشرة عناصر أساسية تشمل:

1 - البيانات الديموغرافية.
2 - المراجعات الحالية والسابقة للجهات المختصة.
3 - التاريخ الطبي، والنفسي، والتاريخ المتعلق بسوء استخدام الأدوية والعقاقير الفاعلة نفسيا (المخدرات).
4 - تاريخ مختصر عن العميل والأشخاص المهمين في حياته.
5 - ملخص عن الوضع الراهن.
6 - استمارة (طلب) التقديم.
7 - المشاكل الحالية كما يحددها المريض والأخصائي النفسي الإكلينيكي.
8 - توقيع الاتفاقية التي تنظم العلاقة بين العميل وأخصائي التدخل النفسي.
9 - خطة التدخل.
10 - أهداف التدخل.

ويجب أن تنفذ عملية التقييم وفق خطوات متتالية، من اجل استكشاف وتحديد ووصف وقياس وتصنيف وتشخيص المشكلات الصحية أو مشاكل الصحة النفسية، والظروف البيئية، والعوامل التنبؤية، وأساليب الحياة الايجابية، ومستوى الأداء الوظيفي.

ثانيا – نظام تقييم الأولوية (The triage assessment system (TAS:

قدم ماير وزملاؤه (Myer, Williams, Ottens & Schmidt,1992; Myer & Ottens, 1994) نموذجاً يعرف بنظام تقييم الأولوية يقوم على فرز الحالات وفقا لأولوية احتياجها للتدخل النفسي اعتمادا على شدة الاضطراب. ويصبح الفرد ذو أولوية للعلاج عندما تكون كل مصادر الدعم والعلاج لديه غير فعالة.

ويوفر هذا النموذج إطاراً مرجعياً لفهم ردود الفعل لدى الأفراد خلال الأزمة. ويعتمد النموذج في عملية الفحص على الجمع بين مجموعة متنوعة من المصادر، ويفترض أن ردود الفعل لأحداث الأزمة تظهر في ثلاث مجالات هي:

1. **المجال الوجداني.**
2. **المجال السلوكي.**
3. **والمجال المعرفي.**

وعلى الأطباء والأخصائيين النفسيين تقييم ردود الفعل لدى الأفراد في هذه المجالات الثلاثة. وتعد هذه النقطة هامة وحرجة لان الفشل في تقييم كل مجال من المجالات الثلاثة قد يؤدي إلى انهيار عملية حل الأزمة، وتنتج عنها مشكلات إضافية (James & Gilliland, 2005). ويساعد نظام

تقييم الأولوية في إرشاد الأطباء لتحديد التفاعلات المعقدة بين المجالات الثلاثة، كما يساعد في الوقاية من المشكلات النفسية طويلة الأمد.

ويعتمد هذا النموذج على أعمال كرو (Crow,1977) عن الانفعالات المرتبطة بالأزمات، ونتائج دراسات أخرى في مجال تحديد ردود الفعل الانفعالية الأساسية تجاه الأزمات. والتي تشمل: 1 -الغضب/العدائية. 2 -القلق/الخوف. 3 -الحزن /الاكتئاب. حيث يتراوح التعبير عن هذه الانفعالات بين الضئيل جدا والشديد، وتكون المستويات الانفعالات المزعجة من أكثر ردود الفعل التي تميز الواقعين في إطار الأزمة ويعانون من آثارها. ويمكن تقييم ردود الفعل السلوكية لمعرفة ما إذا كان سلوك الفرد يتسم بالجمود، أو بالتجنب، أو بالاقتراب.

وفي المجال المعرفي تشتمل ردود الفعل على: 1 -العدوان (الانتهاك) Transgression أو 2 -التهديد أو 3 -الشعور بالفقد والخسارة. ويظهر رد الفعل العدائي عندما ينظر الفرد للازمة كحدث مهين موجه نحو الذات، ويتصور بأن الحدث لازال يحدث في الوقت الراهن. ومن ناحية أخرى قد ينظر الفرد إلى الأزمة كتهديد محتمل، ربما يحدث في المستقبل القريب. فيتصور أن هناك كارثة على وشك الحدوث. وكذلك الحال بالنسبة للخسارة، حيث يفترض أن يدرك الناس أن الخسائر قد حدثت فيما مضى ولا يمكن استرجاعها.

وتستخدم ردود الفعل المعرفية في تحديد المجالات التي تأثرت في حياة الناس وتشمل هذه المجالات ما يأتي:

1 - المجالات المادية: كالصحة والمأوى والسلامة.

2 - **مفهوم الذات النفسي:** كالهوية، والصحة الانفعالية.

3 - **العلاقات الاجتماعية:** كالعلاقة بالأصدقاء والأسرة وزملاء العمل.

4 - **المجالات المعنوية أو الروحية:** كتكامل الشخصية، والقيم، والمعتقدات.

ويمكن للعملاء إدراك العدوان أو التهديد أو الخسارة في كل هذه الأبعاد.

ويعتمد نظام تقييم الأولوية على مقياس متدرج لتقدير شدة الأزمة في مدرج من (1 -10) تطبق فيه قاعدة "الاستبعاد rule out " التي تمثل الاستراتيجية الأكثر فعالية لتحديد درجة الخطورة في كل ردود الفعل. ويفضل ماير وزملاؤه التقييم التنازلي بحيث يبدأ الفاحص من المستوى (10) ويتدرج نزولا حتى يتم إيجاد الخصائص التي تصف مستوى رد الفعل الحقيقي لدى الفرد. وفي بداية عملية التدخل يجب التعامل مع ردود الفعل العنيدة والسماح للأطباء بتلبية الاحتياجات الأساسية وبما يتلاءم مع خطورة ردود الفعل. ونظرا لان ردود الفعل تختلف من حيث الشدة باختلاف الأزمات والأفراد، فيجب على المعالجين البدء أولا بمعالجة ردود الفعل الخطيرة وفقا لمقياس الشدة المستخدم في هذا النموذج. (Myer & Conte, 2006) ولهذا تعتبر قاعدة الاستبعاد طريقة سريعة ودقيقة في تقيم شدة ردود الفعل الوجدانية والمعرفية والسلوكية، وتحديد الاحتياجات العلاجية لدى العملاء.

الفصل السادس

خطوات التدخل النفسي في الأزمات

تمهيد:

ينفذ التدخل النفسي في عدد من الخطوات والمراحل، وقد اقترح المعالجون عدد من نماذج التدخل في الأزمات بهدف مساعدة الأخصائيين على فهم الأزمة والتخطيط لإجراءات التدخل، من هذه النماذج مثلا نموذج كاردنر (Kardiner,1947) ونموذج التوازن لكابلن 1961 والنماذج المعرفية كنموذج البرت إليس (Ellis, 1962) و نموذج بيك (Beck, 1976) ونموذج روبارتس (Roberts, 2000) الذي استوعب نموذج بيك 1976 ونموذج اوجلارا ومسكي (Aguilera and Messick, 1982). وهناك نماذج أخرى أيضا مثل نموذج بيرونس (Burns, 1980) ونموذج كابلن 1964، ونموذج جولان (Golan, 1978) ونموذج باراد (Parad, 1965) ونموذج بيوراري (Puryear, 1979) (Stone & Conley, 2004) وغيرها.

ومن الناحية التاريخية طور كاردنر خلال الحرب العالمية الثانية نموذج للتدخل في الأزمات طبق على الجنود الأمريكيين المشاركين في القتال، لكن هذا النموذج لم يستخدم كأداة للتقييم بل كوسيلة لتخفيف الضيق والضجر لدى الجنود وإعادتهم إلى جبهة القتال، حيث صدرت تعليمات للعاملين في مجال الرعاية الطبية بأن يستمعوا للجنود ويوفروا لهم الراحة والغذاء والملابس الجافة. واعتمدت كثير من هذه التعليمات على تسلسل الحاجات في هرم ماسلو. وقد أدت الأعمال المبكرة لكاردنر وكابلن في مجال التدخل النفسي في الأزمات إلى الدفع بهذا المجال إلى

مستويات جديدة، ومع ذلك يعد لندمان بمثابة الأب الروحي للنماذج الحديثة في التدخل النفسي (James, 2007). وسنركز في الصفحات التالية على اهم واحدث ثلاثة نماذج في التدخل النفسي في الأزمات وهي نموذج الخطوات السبع لروبرتس، ونموذج جميس وجيليلاند ونموذج سلاكيو.

أولا -نموذج الخطوات السبع:

قدم روبرتس Roberts, A. R. نموذجاً يتكون من سبع خطوات عملية لمعالجة الأزمة ضمن إطار ملائم للتدخل في الأزمات، وهذه الخطوات هي:

1- تقييم درجة الخطورة:

يتم في هذه الخطوة إجراء تقييم شامل، عضوي ونفس اجتماعي للفرد، وينطوي ذلك على تقييم سريع لدرجة الخطورة على الذات والآخرين ويشمل تقييم مخاطر الانتحار ومخاطر العنف والميل إلى القتل، والحاجة إلى وضع الفرد تحت المراقبة الطبية، وتقييم استراتيجيات المواجهة الايجابية والسلبية، والموقف من تعاطي المخدرات أو الكحول. وإذا كان بالإمكان إجراء تقييم طبي فينبغي أن يتضمن خلاصة موجزة عن المشكلة وأي حالات طبية، والمعالجات الطبية الراهنة (أسماء الأدوية، والجرعات، وتاريخ آخر جرعة تناولها). ونظرا لأهمية هذه المعلومات الطبية يجب إحالة المريض إلى العاملين في الطوارئ الطبية من اجل معالجة المشاكل الصحية العامة كتناول المريض لجرعات زائدة من الأدوية مثلا.

وينبغي أن يركز التقييم على موقف الفرد من المخدرات، ويشمل ذلك معلومات عن الأدوية المستخدمة، والكميات التي تناولها، وآخر جرعة تم تناولها والأعراض الانسحابية التي ظهرت لديه. كما يجب على الأخصائي أيضا تقييم العوامل الوقائية، وأساليب ومصادر المواجهة الداخلية والخارجية، ودرجة امتداد الأسرة وشبكة الدعم المعلوماتي، ففي مرحلة الأزمة والمرحلة التالية لها يتجه كثير من الأفراد إلى الانعزال عن الآخرين ولا يتمكنوا من تحديد الأشخاص القادرين على مساعدتهم في التغلب على الأزمة والتعافي منها. ويستطيع الأخصائي الإكلينيكي في هذه الخطوة تشجيعهم (عبر الهاتف أو البريد الالكتروني، أو المواقع الاجتماعية في الانترنت أو الرسائل) على مراجعة الأشخاص القادرين على تقديم المشورة بشأن أفضل الطرق لمواجهة الأزمات المدمرة للذات كالأزمات الناتجة عن حالات الإدمان المتعدد، أو الإفراط في شرب الخمر، وسلوك إيذاء الذات، أو الاكتئاب. ويمكن للأخصائي النفسي أن يقدم المشورة والاقتراحات،والتشجيع عبر شبكة موحدة للدعم النفسي والاجتماعي والطبي (Roberts, 2005b).

2- تكوين العلاقة العلاجية:

تتضمن هذه المرحلة سرعة تكوين علاقة علاجية مع العميل (قد يحدث ذلك في المرحلة الأولى) لان نقل الاحترام والتقبل يشكل حجر الزاوية في هذه المرحلة. لذا يجب أن يقوم الأخصائي بمقابلة الناس في مكان عملهم وان يتيح لهم فرصة كافية للحديث عن مشكلاتهم. فإذا بداء العميل مثلا

بالحديث عن منزله أو الحيوان المفضل لديه فيجب أن يبدأ الأخصائي معه أيضا من تلك النقطة. وعلى الأخصائي أيضا أن يكون محايدا ولا يتورط انفعاليا مع مشكلة العميل، وأن يحافظ على الاتزان والهدوء وأناقة المظهر، كما أن قيم ومبادئ الأخصائي يجب إلا تكون موضع نقاش مع المتعالج.

3- تحديد المشاكل الكبيرة:

من خلال تحديد القضايا المتصلة بالعميل، والعوامل المسببة لوقوعه في الأزمة، واستخدام أسئلة مفتوحة تسمح للأفراد بطرح ومناقشة مشاكلهم ورواية قصصهم كاملة، لان ذلك يوفر معلومات قيمة للأخصائي يمكن أن يستفيد منها في القرارات التي سيتخذها بخصوص التدخل النفسي المرتقب. وفي هذه المرحلة أيضا يجب أن يدرك الأفراد أن الأخصائي النفسي مهتم بهم ويستوعب كلامهم ويتفاعل معهم، لان ذلك يساعد في توطيد العلاقة والثقة المتبادلة، كذلك يكون من المهم في الخطوات الثانية والثالثة استخدام أسئلة العلاج المرتكز على الحل "Solution focused therapy (SFT)" لتحديد مصادر القوة لدى العميل وخاصة ما يتعلق باستراتيجيات المواجهة التي ثبتت فعاليتها سابقاً. ومن أمثلة أسئلة العلاج المرتكز على الحل ما يأتي:

- **أسئلة الاستبعاد** (حدد الأوقات التي لم يظهر فيها الموقف المشكل، أو الوقت الذي كان أفضل قليلا، وما الذي يختلف في تلك الأوقات مقارنة بوضع الأزمة الراهن؟).
- **أسئلة المواجهة والتصدي:** كيف واجهت المشكلة؟ وماذا كانت نتائج تلك المواجهة؟.

- **الأسئلة التي تكشف عن النجاح السابق: ما المجالات التي تفوقت فيها سابقا؟ حدثنا عن الاستراتيجية التي اتبعتها حينها كي تحقق التفوق؟ هل استفدت من هذه الخبرات مرة أخرى؟ وكيف؟.**

4- التعامل مع المشاعر والانفعالات:

يعتمد التعامل مع المشاعر والانفعالات على استخدام مهارة الاستماع الفعال، حيث يجب أن يظهر الأخصائي بأنه يستمع لما يقوله المتعالج وذلك من خلال استعمال كلمات عامة (منها على سبيل المثال: نعم، آه، تمام، طيب، وبعد ذلك ماذا حدث، هكذا إذا.....الخ) فهذه العبارات التواصلية تكون هامة لاسيما إذا تمت الاستشارة عبر التلفون. وهناك مهارات أخرى لا تقل أهمية أيضا منها التجاوب وإعادة صياغة المشكلة والتعاطف. ويتضمن التجاوب استخدام بعض من كلمات أو أفكار المتعالج، في حين يتضمن الاقتباس إعادة صياغة كلمات العميل بلغة الأخصائي النفسي. أما التعاطف الانفعالي فيتضمن الكلمات التي تلخص الانفعالات التي ظهرت في كلام العميل (كان يقول المعالج للعميل: في صوتك نبرة حزن، أو يبدو عليك السرور الآن، اشعر بأنك بدأت ترتاح أكثر). (Lewis & Roberts, 2001)

5- توليد البدائل واستكشافها:

من خلال تحديد نقاط القوة والضعف في استراتيجيات المواجهة لدى الفرد والاستراتيجيات التي نجح من خلالها في التغلب على بعض المشكلات السابقة، ومدى قدرته على المواجهة في الوقت الراهن، وفي هذه المرحلة من

الضروري تنظيم كل مصادر الدعم والبدائل المتاحة، لذلك فإن القدرة على توليد أفكار إبداعية ومرنة تساعد على التكيف تعتبر من المهارة الأساسية لنجاح الأخصائي في معالجة الأزمات.

6- تنفيذ خطة التدخل:

ينبغي على الأخصائي النفسي أن يساعد الفرد بأسلوب اقل تقيدا ويمكنه من الشعور بالسلطة. ومن الإجراءات الهامة في هذه المرحلة تحديد الأشخاص والمصادر التي يمكن إحالة الفرد إليها من اجل تعزيز استراتيجات المواجهة لديه، من هذه المصادر مثلا الأخصائيين العاملين في مجال الأزمات المجتمعية، أو الأطباء النفسيين المتخصصين بدراسة الضغوط واضطراب الضغوط التالية للصدمة، وغيرها من مصادر العلاج والمساعدة. وتعد هذه الآلية مفيدة لتزويد الأفراد بالعناوين وأرقام الهواتف وتفاصيل خطة المتابعة.

7- إعداد اتفاقية وخطة المتابعة:

يتم ذلك عبر بناء خطة لمتابعة العميل لاحقاً، والاتفاق معه رسميا على هذه الخطة. حيث ينبغي للعاملين في مجال الأزمات متابعة العملاء بعد اللقاء الأول لضمان معالجة الأزمة بشكل نهائي، وأيضا من اجل تحديد الحالات السابقة للازمة ومنع احتمالات الانتكاس. ويمكن أن يتحقق ذلك عبر التلفون أو من خلال اللقاء المباشر (وجه لوجه). وفي حالة العمل ضمن فريق للتدخل في الأزمات وكلف بمتابعة العميل أخصائي أخر غير

الأخصائي الذي قابله في المرة الأولى فان ذلك يجب أن يتم من خلال عملية منظمة تنظيما جيدا، وان يتم إشعار العملاء بذلك في أول اتصال مع فريق العمل (Roberts, 2002; Stone & Conley, 2004).

وعندما يقرر أخصائي التدخل النفسي في الأزمات أن العميل أصبح في وضع يؤهله للقيام بوظائفه الاعتيادية في الحياة، وقادر على حل المشاكل المتبقية التي خلفتها الأزمة في حياته، حينها يقرر الأخصائي إنهاء برنامج التدخل النفسي ويبلغ الأشخاص المعنيين بذلك القرار، وبشكل مباشر وصريح.

ثانيا - نموذج جميس وجيليلاند:

وضع جميس وجيليلاند (James & Gilliland, 2005) نموذج للتدخل في الأزمات يتكون من (6) خطوات أساسية تتضمن هي:

أ -تحديد المشكلة.

ب - ضمان سلامة العميل.

جـ - تقديم الدعم.

د - دراسة البدائل.

هـ - وضع الخطط.

و -الحصول على التعهد والالتزام بالإجراءات الايجابية (James and Gilliland, 2005, P.33).

والعنصر الحاسم في هذا النموذج هو أن الأخصائي النفسي أو الطبيب يستمر في إجراء التقييم بشكل دائم تقريباً، فالتقييم المستمر والديناميكي يتم خلال وقوع الأزمة، ويسمح للأخصائي بالانتقال من الخطوة الحالية إلى الخطوة التالية أو العودة إلى الخطوة السابقة كلما دعت الحاجة لذلك. وتندرج الخطوات الثلاث الأولى ضمن فئة **" فعاليات الإصغاء "** تركز الخطوة الأولى على تحديد المشكلة، وتخصص الخطوة الثانية لضمان سلامة العميل، وتتضمن الخطوة الثالثة تقديم الدعم. وخلال هذه الخطوات الثلاث تتحدد مهام الأخصائي والطبيب النفسي بالاستماع، والاستكشاف، والمراقبة، والتوضيح، والدعم، وضمان السلامة، والتقييم.

وتخصص الخطوات الثلاث الأخيرة **"للنشاطات العملية"** التي يقوم بها كل من الأخصائي والعميل معا. ففي الخطوة الرابعة يتم دراسة وفحص البدائل المتاحة لمعالجة الأزمة. وفي الخطوة الخامسة يتم وضع الخطط، بينما يتم في الخطوة السادسة الحصول على التزام الفرد بمتابعة العلاج مع الأخصائي. وتتمثل مهمة الأخصائي النفسي في الخطوات الثلاث الأخيرة بالتعاون غير المباشر أو التوجيه وبما يتناسب مع احتياجات الفرد في الوضع الراهن (Myer & James, 2005).

ثالثا - نموذج سلاكيو:

يعتمد نموذج سلاكيو (Slaikeu, 1990) على منهج ذو مستويين للتدخل النفسي في الأزمات، يركز المستوى الأول على الإسعافات النفسية

الأولية (James & Gilliland, 2005). ويخصص المستوى الثاني لعلاج الأزمة. و يتم خلال ذلك تقييم خمسة مجالات في حياة الفرد هي: السلوك، والتأثر، والأداء الوظيفي والبدني، والأسلوب البين شخصي، والأداء المعرفي. وأثناء تقييم سلوك الفرد يسعى الأخصائي النفسي لتقييم جميع الجوانب ذات العلاقة، حيث يلقي نظرة على أنماط النوم، وعادات الأكل، ومجالات العمل والعلاقات الاجتماعية، وتقييم السلوك العدواني بما في ذلك سلوك القتل والانتحار، بالإضافة إلى تقييم الموقف من تعاطي المخدرات والعقاقير المحظورة. وتقييم السلوك الوجداني الكلي للفرد وخاصة ما يتعلق بمشاعر الغضب و الحزن والقلق.

ويتم أيضا تقييم درجة تأثر الفرد بالأزمة من خلال مراقبة الأخصائي النفسي للعواطف والمشاعر والانفعالات في سلوك العميل، فالعنصر الحاسم في هذه الحالة هو توافق واتساق انفعالات وعواطف الفرد مع الوضع الراهن، فعلى سبيل إذا كان الأب والأم قد فقدا مؤخرا طفلا لهما ولم يظهر على احدهم أي تأثر بالحادث فان ذلك يجب أن يستثير القلق لدى الأخصائي حول احتمال وقوع هذا الفرد تحت تأثير الصدمة، حيث يبدو واضحا أن انفعالات هذا الشخص لا تتسق مع الموقف، ولا مع ما هو متوقع عادة، وهذا ما يلفت الانتباه ويثير التساؤل لدى الأخصائي النفسي ويدفعه إلى تطبيق مزيد من إجراءات التقييم لهذه الحالة.

وخلال تقييم الأداء الوظيفي البدني يركز الأخصائي على سلامة الفرد من الناحية الجسمية وخلوه من أي إصابات بدنية وتقييم الصحة البدنية العامة بالإضافة إلى تقييم أي انشغالات واهتمامات بدنية مباشرة نتجت عن أحداث الأزمة. ويتضمن تقييم الشخصية تقييم علاقات الفرد ومنها علاقات العمل والعلاقات الأسرية والعلاقة بالأصدقاء وغير ذلك من العلاقات الاجتماعية الأخرى.

وتهدف المرحلة الأخيرة في نموذج سلاكيو إلى تقييم الأسلوب المعرفي أو الأداء الوظيفي المعرفي لدى العميل، إذ يتوجب على الإحصائي النفسي أن يقوم بتقييم شامل لكل العمليات المعرفية لدى الفرد، وتحديد معتقداته الدينية وفلسفته في الحياة. كما يتحرى الأخصائي النفسي في هذه المرحلة أيضا عن الهلاوس والأوهام والأفكار المتعلقة بجنون العظمة، والحديث غير العقلاني مع النفس وأي علامات غير طبيعية قد تكون مؤشرا على إصابة الفرد باضطراب ذهاني (Slaikeu,1990). وعندما تكتمل معلومات الأخصائي النفسي عن العميل يبدأ حينها بتنفيذ عملية التدخل التي تشكل المستوى الثاني في نموذج سلاكيو.

عملية التدخل النفسي في الأزمات:

تعد عملية التدخل النفس في الأزمات جزء هام في الذخيرة العلاجية لدى الأخصائي النفسي، وتمثل جانب هام في خبراته المتعلقة بمساعدة الأفراد أثناء تعاملهم مع تحديات وتهديدات الضغوط التي تفوق قدراتهم

(Overwhelming stress) فقد لوحظ منذ وقت مبكر أن معظم الناس يمرون في حياتهم العادية بكثير من الضغوط، وان معظم هذه الضغوط لا تكون مؤذية بطبيعتها، بل إن الناس هم من يدركونها كأزمات عندما يرافقها مستوى من القلق يفوق قدرتهم على التعامل معه. (Brown, et al., 2003)

فقد تؤثر الأحداث الضاغطة تأثيرا سلبيا في وظائف الحياة اليومية، وتؤدي إلى اختلال جوهري طويل المدى في حياة الناس بناءً على عدد من العوامل التي تؤثر في قابلية الإصابة بتلك السلبيات. وتتضمن هذه العوامل الفروق الفردية كالعمر، ونمط الشخصية، والصحة، ونظرة الفرد للعالم، وخبرات الحياة، ومرحلة التطور التي يمر بها، ونظام الدعم الاجتماعي، والقيم الثقافية. ويكون لتوقيت، وشدة، ونوع الاضطراب أهمية في هذا الأمر، فضلا عن اختلاف الناس عن بعضها في مستويات القدرة على تحمل الضغوط وفي أساليب مواجهة المحن والحصول على التدعيم الاجتماعي. وتعزى ردود الفعل لدى الإنسان تجاه الضغوط إلى تفاعل مكثف بين هذه العوامل. وتكون بعض الأحداث المؤدية إلى الأزمات قابلة للتنبؤ بينما لا يمكن التنبؤ بالبعض الأخر منها، ومن أمثلة الأحداث غير القابلة للتنبؤ الموت المفاجئ لشخص عزيز، ومشاهدة الهجمات الإرهابية، والتعرض لحوادث سير مباغتة والإقصاء بعيدا عن الوطن، و الطلاق، أو الموت بسبب مرض فتاك.... الخ. حيث تظهر بعض هذه الأحداث بشكل غير متوقع وتصل سريعا إلى الذروة في حالة الأزمات.

أما الصدمات والأحداث العصيبة التي تتطور إلى مآل يمكن التنبؤ به فإنها تساعد في إمكانية التقبل والتفهم التدريجي للخسارة المحتملة أو الانتقالية، بحث لا يواجه الشخص الموقف المؤلم بشكل قصري، وقد لا يكون الحدث مؤلما ولكن قد تتراكم تأثيرات أحداث ضاغطة كثيرة عبر الزمن فتصبح فوق مستوى تحمل الفرد. لذا فان العامل المعجل بحدوث الأزمة قد لا يكون هاما مقارنة بأهمية تلك الأحداث الضاغطة المرسبة التي سبقته وخلقت لدى الفرد حالة من الضعف والقابلية للإحساس بالألم. وتحتاج الأزمات التراكمية لمطالب جدية من اجل التكيف، وتؤدي إلى إنهاك الانفعالات الاحتياطية حتى يتجاوز الفرد أعلى مستويات التحمل لديه. ولهذا السبب كثيرا ما يؤدي النجاح في مواجهة الأزمة إلى تطوير مستويات وظيفية عالية، ويسهم في زيادة النمو الشخصي لدى الفرد مقارنة بحالته قبل الأزمة. أما حالة الاضطراب النفسي فقد تعزى إلى العديد من الأحداث الأزموية التي تؤدي أخيراً إلى تشويه وتحطيم إمكانيات المواجهة المناسبة. أما إذا كان الفرد قادرا على مواجهة الحدث الضاغط بدون أن يعاني من محنة شخصية، فانه في هذه الحالة يكون قد تعرض للضغوط ولم يتعرض للازمة.

وتتطلب عملية مساعدة المصابين بالصدمة النفسية تدخل مباشر من قبل الأخصائي النفسي خلال مدة تتراوح بين (24 -72) ساعة من وقوع الحادث الصدمي. لكي يتمكن هؤلاء الأشخاص من إعادة تمثيل الحدث وما صاحبه من أفكار ومشاعر وانفعالات وردود فعل بشكل جيد وبدرجة من

الوعي والتذكر، وبالتالي يتمكنوا من تخطي فترة الصدمة ومواجهة الحدث الصادم بإرادة قوية ومعنوية واضحة. وتفترض نظرية الأزمة كما اشرنا في الفصل الثاني أن الصدمة تؤدي إلى اضطراب حالة الاستقرار والاتساق في حياة الفرد عندما يواجه وضع أو موقف عصيب لا يمكن تجنبه أو لا يمكن التعامل معه باستخدام الأساليب الاعتيادية لحل المشكلات. واستجابةً لهذا الموقف يدخل الفرد في حالة من فقدان التوازن لمدة تتراوح بين ستة إلى ثمانية أسابيع. وخلال هذه الفترة يتعرض الفرد لمستويات مرتفعة من الضيق ويبحث عن أساليب جديدة للتعاطي مع المشكلة. فإذا نجحت عملية المواجهة يكون الفرد قد تعلم مهارات جديدة لمواجهة الأزمات والمحن والتقليل من مخاطرها. ولكن يحتمل أيضا أن يطور بعض الناس استراتيجيات غير تكيفية للتعامل مع الأزمات (كاللجوء إلى معاقرة الخمور أو تعاطي المخدرات) وتكون النتيجة سوء تكيف مزمن وزيادة مخاطر التعرض لنفس المشكلات مستقبلا. وهنا يأتي دور التدخل النفسي في الأزمات الذي يعد بمثابة علاج نفسي تدعيمي (Supportive Psychotherapy) يهدف إلى تطوير مهارات المواجهة بعد معالجة الأزمة. وتركز هذه العملية على الأسوياء من أقرباء الضحايا، وعلى ردود الفعل تجاه الأزمة، وعلى السمات الدالة على التعرض للازمة أو العلامات المرضية. كذلك يهدف التدخل في الأزمات إلى منع ظهور المشاكل المزمنة التي تلي التعرض للأحداث الصدمية، من خلال استخدام التعليم، و الإصغاء الفعال والدعم الانفعالي

للناجين من الحدث الصدمي. ويتصور بعض الباحثين أن الأزمة ستتلاشى (تخمد) أيضا خلال أسابيع قليلة من بدأ عملية التدخل النفسي.

تبدأ عملية التدخل النفسي في الأزمات عندما يستجيب الأخصائي النفسي بسرعة لموقف متأزم في حياة احد الأفراد ويسعى إلى التخفيف من آثار الأزمة لديه. ويصبح التدخل فعالا عندما يركز على أهداف مباشرة ومحددة بفترة زمنية، ويعتمد على أسلوب حل المشكلة. وتقدم نماذج التدخل الإرشادات الهامة للأخصائيين النفسيين في مجال التدخل لمساعدة الناس الذين يعانون من تأثيرات الضغوط النفسية بعد الأزمات، أو الاعتداءات أو الكوارث. إن معظم نماذج التدخل النفسي في الأزمات تستهدف انساق ومشكلات محددة (على سبيل المثال نسق المدرسة كنماذج التدخل في العنف المدرسي، ومشكلات الانتحار والعنف المنزلي). ولهذا السبب حاول بعض الباحثين تقديم نماذج شاملة للتدخل النفسي في الأزمات تغطي عدد من النظم والمشاكل، كالنموذج التكاملي الذي قدمه توماس جوهن (John, 2008) وركز فيه على:

1. تصنيف مستويات الضغوط في الأزمة.
2. معالجة حالة الأزمة.
3. تقييم الاستثارة الانفعالية والسلوكيات المرتبطة بالأزمة.
4. تحديد التدخلات المناسبة التي من شأنها زيادة قدرة الفرد على التكيف والحد من الاضطراب الانفعالي.

ويرى اغلب الباحثين في هذا المجال أن أي برنامج للتدخل النفسي في الأزمات يجب أن يتضمن وبشكل عام ثلاثة عناصر أساسية هي:

1) الأزمة: إدراك وضع لا يمكن السيطرة عليه.
2) الفرد أو مجموعة الأفراد الذين تعرضوا للازمة.
3) مقدم الدعم أو أخصائي الصحة النفسية.

إن جوهر عملية التدخل النفسي في الأزمات تركز على ضرورة حصول الفرد وفي الوقت المناسب على دعم مهاري يساعده في مواجهة الأزمة وفقاً لرؤيته وتعريفه لها، وان يتم هذا التدخل قبل ظهور التدهور البدني والانفعالي لديه. ولذلك تتطلب عمليات التدخل مقابلة كل الواقعين في مجال الأزمة بقدر الإمكان وبشكل سريع ودقيق، وتقديم الخدمات النفسية والتعليمية وخدمات الإرشاد النفسي في مكان وقوع الحادث. وفي هذه الحالات تتكون جلسة المقابلة النموذجية في الغالب من 8 جلسات يتراوح العدد في كل منها بين 8 -12 شخص، وتستغرق كل جلسة مدة زمنية تتراوح بين 45 دقيقة و90 دقيقة. وينصح الخبراء عادة بان لا يكون عدد المجموعة كبير جدا لان ذلك يتطلب وقت طويل حتى يتمكن كل فرد من تقديم مشكلته ويحصل على تقبل وتفهم أفراد المجموعة، ويدرك كذلك أن الآخرين لديهم مشكلات مماثلة لمشكلته. وبالنسبة لبعض الرجال فان سماع الرجل بكاء غيره من الرجال يعد شيئاً مطمئناً من وجهة نظر بعض الأجناس كالأفارقة، على أساس أن رد الفعل هذا يمكن أن يوجد حتى لدى

"الرجل الحقيقي أو القوي". أما بالنسبة للنساء فتتعلق قضيتهن الأساسية بالخوف على أطفالهن، فغالبا ما تطرح الأمهات أسئلة من قبيل: "ماذا سيحدث لأطفالي إذا توفيت؟" " ومن سيعتني بهم بعد موتي؟ كيف ستكون أحوالهم من بعدي؟ وكيف سيتقبلون الخبر ؟ ".

ويعد التدريب النفسي الجزء الأكبر في جلسة استخلاص المعلومات. حيث ينال كل عضو من أعضاء الجلسة فرصته في مشاركة تجربته الخاصة مع الآخرين، وعلى الأخصائي أن يسهل للمجموعة استيعاب الآثار السلبية للصدمة، وما الذي يفترض أن يتوقعوه بعد ذلك. ويبين لهم بان ظهور العلامات والأعراض الحادة بعد التعرض للصدمة لا تعني بالضرورة أنهم في طريقهم إلى الموت. (Njenga & Nyamai, 2005, PP. 155-156) وان ذلك يمثل رد فعل متوقع يظهر لدى كثير من الناس ويمكن أن يتجاوزوه بسلام بعد فترة معينة سواء بجهودهم الشخصية أو من خلال عملية التدخل النفسي.

إن الأحداث المتلاحقة أثناء الأزمة تتيح الفرصة للقيام بتغيرات كبيرة في أسلوب حل المشكلة، وهذا التغيير لم يكن ليحدث في فترات الاستقرار. وعندما يتأثر الأطفال والمراهقين وعائلاتهم بالأحداث الضاغطة فان خطة التدخل النفسي في الأزمات يجب أن تركز على تحديد الضحايا الحقيقيين، و تحديد مصادر الدعم، وتركز على المساندة وتعزيز مهارات المواجهة الضرورية للتعامل مع أعراض الحزن والأسى (الضيق) بهدف الحيلولة دون

تطورها إلى أعراض مزمنة. لذلك يجب على مؤسسات التدخل في الأزمات أن تقف كحاجز حماية للأطفال والمراهقين وأسرهم ممن يحتاجون لعمليات تقييم إضافية. ويطلق على هذه العملية **"الاستجواب الحرج"** أثناء الحوادث الضاغطة ويتم خلالها إرشاد الضحايا ومقدمي الرعاية بردود الفعل المتوقعة تجاه الحدث الصادم (Amaya-Jackson, 2000). والعوامل التي تقي من التعرض للآثار السلبية الناجمة عن الأزمة.

وقد حدد روتير (Rutter, 1990) ثلاثة عوامل تسهم في الواقية من الأثر النفسي الناجم عن أحداث الحياة الضاغطة والأزمات وهذه العوامل هي:

أ - **السمات الشخصية**: كتقدير الذات والاستقلالية والفعالية والكفاية.

ب - **كفاية المساندة الأسرية:** كترابط الأسرة وإدراك الفرد لعواطف الوالدين.

جـ -**المساندة الاجتماعية**: التي تشجع الفرد على مواجهة الضغوط والتخفيف من شدتها.

كما إن التدريب على تحصين الفرد ضد الضغوط والأحداث الصدمية يكون أيضا من العوامل الوقائية وتمر هذه التدريبات بثلاث مراحل هي:

1 ـ **مرحل التعليم:** يتزود الفرد خلالها بإطار تصوري لفهم طبيعة ردود الفعل الصادرة عنه تجاه الضغوط وبأسلوب مبسط. فمثلاً يشجع العميل على أن ينظر إلى ردود فعله تجاه الصدمات والضغوط على أساس أنها تتكون من أربع مراحل بدلاً من كونها تبدو في صورة واحدة غير مميزة وهذه المراحل هي : (أ) الإعداد لمواجهة الضغوط. (ب) مواجهة الضغوط والتعامل معها. (ج) احتمال أن يكون الضغط شديداً عليه. (د) تشجيع الذات وتعزيز القدرة الذاتية على مواجهة الضغوط.

2 ـ **مرحلة التكرار:** يزود الفرد في هذه المرحلة بأساليب المواجهة التي تتضمن إجراءات مباشرة ووسائل مواجهة معرفية يستخدمها في كل مرحلة من المراحل الأربع. وتشمل هذه الإجراءات الحصول على معلومات حول الأحداث الضاغطة والمخيفة معرفياً، وزيادة وعي الفرد بالعبارات السلبية الموجهة نحو الذات، واستخدامها كمنبهات تلفت انتباهه إلى تكوين عبارات ذاتية غير مناسبة للمواجهة.

3 ـ **مرحلة التدريب التطبيقي:** في هذه المرحلة يصبح العميل ماهراً في أساليب المواجهة، وعلى الأخصائي أن يعرض عليه في العيادة أو في المستشفى سلسلة من المواقف المهددة للذات وتتضمن قدر من الألم، ويزوده بنماذج استخدام مهارات المواجهة في كل حالة منها. (عبد العزيز، 2001: 63)

فعالية التدخل النفسي في الأزمات:

طرح عدد من المهتمين بعض الأسئلة الجوهرية بخصوص فعالية العلاج والتدخل النفسي في معالجة الأزمات. وبهذا الخصوص أجرى فريدمان وزملاؤه (Friedman et al., 1986) واحدة من أول محاولات التدخل الإكلينيكي في إدارة الضغوط لدى مرضى القلب من النمط (A) (1) وطلب إلى المرضى الاختيار بين التدخل الطبي الإرشادي الذي يتضمن التوصية بالاعتماد على نظام الحمية والتدريبات والأدوية ومعلومات عن الفسيولوجية المرضية في أمراض الشرايين التاجية، أو اختيار التدخل الإرشادي السلوكي الذي يتضمن تدريبات على الاسترخاء وإعادة البناء المعرفي وعدد آخر من آليات العلاج المعرفي – السلوكي الهادفة إلى التقليل من سلوك النمط A. وبعد أربع سنوات ونصف من المتابعة وجد الباحثون أن التدخل النفسي نجح في خفض سلوكيات النمط A، وقلل من الجلطات القلبية المميتة بما يعادل 44٪ من نسبة فعالية التدخلات الطبية، ولم توجد فروق جوهرية بين التدخل النفسي والتدخل الطبي في المعدل الكلي للاعتلال المرضي ونسبة الوفيات.

كما أجرى بعض الباحثين تحليل بعدي لبيانات (23) دراسة حول تقييم فاعلية التدخل النفسي في الأزمات المرتبطة بجلطة الشريان التاجي ومرضى السرطان، ووجدوا أن ترافق التدخل النفسي مع العناية الطبية

[1] - يشير سلوك النمط A إلى مجموعة من السلوك وسمات الشخصية كالعدائية، والعدوانية، والطموح، التي ترتبط عادة بالمرضى بأمراض شرايين القلب.

الاعتيادية يقلل من الاعتلال المرضي ونسبة الوفيات (Mortality) والكدر النفسي. (Linden, Stossel, & Maurice, 1996) ويؤدي إلى تحسين جودة الحياة والتخفيف من أعراض الاكتئاب والقلق عندما يقوم بالتدخل النفسي أخصائيون إكلينيكيون مدربون جيدا، ويتم التدخل في فترة زمنية كافية. كما وجدت الدراسة فروق صغيرة ولكن جوهرية ولصالح المجموعة التي استخدم معها التدخل النفسي للتخفيف من الاعتلال المرضي وتحسين جودة الحياة، لكن هذه الدراسة التحليلية اعتمدت على دراسات ذات عينات صغيرة الحجم، ومعايير غير دقيقة في اختيار أفراد العينات، الأمر الذي يعرضها لأخطاء منهجية متعددة. بالإضافة إلى أن التدخل النفسي استخدم مع تدخل علاجي آخر كالعلاج الطبي والتدريبات الرياضية، ولذلك قد لا يتضح تأثير التدخل النفسي في تحسن الحالات المرضية، لان هذا التحسن قد يعزى إلى أي من التدخلات الأخرى وليس بالضرورة إلى التدخل النفسي، على الرغم من أن الدراسة بينت أن فاعلية التدخل النفسي كانت أعلى وأشمل من تأثير الرعاية الطبية المعتادة (Claar & Blumenthal,2003). لكن هناك دراسات أخرى بينت أن التدخل النفسي أقل فاعلية في التقليل من الاعتلال المرضي ونسبة الوفيات. ومع ذلك فان الجزء الكبير من أدبيات البحوث في مجال تقييم فعالية العلاج النفسي ركزت على منهج العلاج المعرفي -السلوكي، والمدخل البين شخصي، وليس هناك سوى دراسات قليلة قارنت فعالية التدخل النفسي في الأزمات مع العلاج النفسي التقليدي (Pavan et al., 2003). فعلى سبيل المثال درست فوا وزملاؤها (Foa, Hearst-Ikeda & Perry, 1995; Foa, Rothbaum, &

(Molnar,1995 فعالية برنامج علاجي مختصر في خفض أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة لدى ضحايا العنف من النساء، وتضمن البرنامج تقنيات العلاج السلوكي المعرفي كالتعرض والتدريب على الاسترخاء وإعادة البناء المعرفي. واتضح أن كل التقنيات العلاجية كانت مفيدة في علاج اضطراب الضغوط التالية للصدمة، واظهر المشتركين في البرنامج العلاجي تحسن دال في أعراض الاضطراب مقارنة بالعينة الضابطة. وتبدو هذه النتائج مشجعة رغم إنها اعتمدت على عينة صغيرة الحجم. وقد أجرى بريانت وآخرون ,.Bryant, et al., 1998; Bryant et al) (1999 دراستين عن العلاج السلوكي المعرفي بهدف الكشف عما إذا كان العلاج النفسي خلال أسبوعين سوف يقلل من احتمال تطور أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة أم لا. واعتمد الباحثون في الدراسة الأولى على تقنيات التعلم والاسترخاء والتعرض وإعادة البناء المعرفي. وقارنوها بالعلاج بالتدعيم في الدراسة الثانية. وتوصلوا إلى أن التقنيات العلاجية في الدراسة الأولى كانت أكثر فاعلية وبشكل دال في خفض أعراض الاضطراب مقارنة بالعلاج بالتدعيم. فقد وجد الباحثون أن اقل من 25٪ من المرضى المشتركين في الدراسة الأولى ظهرت لديهم أعراض الضغوط التالية للصدمة بعد ستة أشهر من التعرض للصدمة، بينما ظهرت هذه الأعراض لدى 67٪ من المشتركين في الدراسة الثانية.

وخلافا لذلك، أجريت بعض الأبحاث لدراسة فعالية العلاج النفسي المختصر خلال أسابيع قليلة بعد ظهور الأزمة بهدف منع أو تقليل ظهور

أعراض الضغوط التالية للصدمة، وتوصل الباحثون إلى نتائج مخيبة للآمال لا تؤيد أهمية هذا الأسلوب العلاجي في مواجهة الأزمات، لكن بعض الدراسات الأخرى توصلت إلى نتائج تشير إلى فعالية التدخل النفسي في علاج بعض عواقب الأزمة. واتضح أيضا من خلال الأدبيات العلمية أن نتائج بعض الدراسات الميدانية لم تؤيد فعالية استخدام تقنيات التدخل النفسي في منع أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة أو أعراض الاكتئاب لدى ضحايا الاعتداءات الجنسية. لكن بعض الدراسات وجدت أن العلاج المعرفي السلوكي المختصر كان فعالا في خفض أعراض هذه الاضطرابات لدى بعض الضحايا (Bennice & Resick, 2002).

يضاف إلى هذه القضية قضية أخرى مفادها أن توفير خدمات التدخل النفسي لمن هم أكثر حاجة لها تعتبر من التحديات الكبيرة التي تواجه الأخصائيين خلال الأسبوع الأول من وقوع الأزمة وخاصة عندما تمتد آثار الأزمة إلى عدد كبير من الناس كما هو الحال في الأزمات الناجمة عن الحروب والهجمات الإرهابية. ولمعالجة هذه المشكلة اقترح بعض الخبراء استخدام أفراد الجيش في تقديم جانب من خدمات التدخل النفسي بعد تزويدهم بقليل من التدريبات التي تمكنهم من مقابلة الضحايا وتقديم التقارير الأولية لمراكز القيادة خلال فترة وجيزة.

الفصل السابع

التدخل النفسي في الانتحار

مشكلة الانتحار:

قد لا توجد مشكلة أكثر خطورة على المجتمعات كمشكلة الانتحار من حيث شدة الألم الذي تخلفه في نفوس الأهل والأقرباء، والصدمة التي تتركها لدى الآخرين، وكذلك من حيث الخسائر التي تسببها في صفوف المجتمع وقوى الإنتاج وعوامل الاستقرار في الحياة الاجتماعية. وعلى الرغم من المحاولات الكثيرة التي بذلها علماء وباحثون من اختصاصات مختلفة بهدف فهم الانتحار وتحديد العوامل المرتبطة به، إلا إن هذا الفعل المميت لا يزال محاطا بهالة كبيرة من الغموض، ويحتاج إلى تضافر جهود كثيرة للوقوف على الحالات النفسية والعوامل الاجتماعية والاقتصادية والعقائدية، وغيرها من العوامل التي قد يكون لها دور في دفع الفرد إلى الانتحار.

أنه ليحزنني أن يسلب المرء ريعان شبابه ويغتال نفسه بيديه غير آبه بما سيحصل لأحبائه وأفراد أسرته من بعده. فالانتحار يشكل عبء كبير كمرض وكموت، ويجب ألا ُينظر إليه كنهاية مبكرة لحياة الإنسان فقط، بل أيضا يجب النظر إلى التأثيرات المفزعة التي يولدها لدى أفراد الأسرة وغيرهم من أفراد المجتمع القريبين من الضحية (Hegerl et al, 2009). وتتضمن مشكلة السلوك الانتحاري مستويات متعددة تبدأ بتفكير الشخص بإنهاء حياته، ووضع خطة لتنفيذ الانتحار، والحصول على الأدوات،

ومحاولة تنفيذ الانتحار، ثم التنفيذ الكامل للفعل الذي يؤدي في النهاية إلى الموت (الانتحار الكامل) (منظمة الصحة العالمية، 2002: 187). وهذه السلوكيات لا تحدث بشكل عشوائي بل تقع ضمن سياق المشاكل المجتمعية والنفسية والأسرية واضطراب العلاقات الاجتماعية، وتتفاقم في كثير من الحالات بسبب الخسائر الهامة التي كان الفرد قد تعرض لها في الفترة الأخيرة من حياته. أما العوامل المهيأة للانتحار لدى عامة الناس فتتضمن العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية. وتشير التقارير أن نسبة كبيرة من المراهقين الذين يقدمون على الانتحار (90٪ في أمريكا) ارتبط فيها السلوك الانتحاري مع اضطراب ذهاني كان موجود لديهم أثناء انتحارهم. كما يحدث الانتحار أحيانا بسبب تراكم عوامل الخطر التي تؤدي إلى حالة معقدة ومركبة من التهيؤ لهذا الفعل المميت (Miller & Barber, 2002). الذي يذهب ضحيته آلاف البشر سنويا، فقد ورد في تقارير منظمة الصحة العالمية عام 2002 أن ما يقرب من (33000) إنسان في العالم يموتون انتحارا في كل عام. وقدر أن 815000 شخص في العالم ماتوا انتحاراً خلال عام 2000، وان هذا الرقم يمثل معدل وفيات عالمي بمقدار 14.5 وفاة لكل 100000 شخص سنويا؛ وبمعدل حالة وفاة واحدة في كل 26 ثانية. بينما ورد في تقرير المنظمة لعام 2009 أن مليون شخص تقريبا ماتوا انتحارا في عام 2000.

وتتباين معدلات الانتحار من دولة إلى أخرى، وتحتل أوربا المرتبة الأولى في معدل الانتحار التام، حيث يقدر أن 58000 شخص يقتلون

أنفسهم سنويا في دول الاتحاد الأوربي (Hegerl et al, 2009) وأكدت بعض التقارير أن النسب الكبيرة للانتحار تظهر في الأقطار الأوروبية والأسيوية وبما يزيد عن 13 شخص في كل 100.000. وتظهر أعلى معدلات الانتحار في دول أوربا الشرقية كبيلاروسيا 41.5 لكل 100000 شخص، وليتوانيا 51.6 لكل 100000 والاتحاد الفيدرالي الروسي 43.1 لكل 100000 من السكان (منظمة الصحة العالمية، 2002: 188). في حين تتراوح معدلات الانتحار في الولايات المتحدة وكندا بين 6.5 و 13 شخص في كل 100.000، حيث يصل معدل الانتحار في الولايات المتحدة إلى (11) شخص في كل (100.000) سنويا. وتقل النسبة في بلدان جنوب أمريكا عن 6.5 لكل 100.000 (Raper, 2010).

وفي اليمن اتضح من نتائج دراسة (باعبيد، 1995) أن إجمالي حالات الانتحار ومحاولاته في المحافظات الجنوبية خلال الفترة من (1979 - 1988) بلغت (756) حالة، بمتوسط (75.6) حالة في العام الواحد في كل المحافظات، و(13) حالة كل عام في المحافظة الواحدة، وبمعدل سنوي قدره (3.7) حالة لكل 100.000نسمة. وحصلت الفئة العمرية الواقعة بين (16 -20) سنة على أعلى معدل للانتحار وبنسبة (0.032٪) (الحميري، 2012). وفي دراسة قاسم (1994) التي نفذت من خلال مسح سجلات البحث الجنائي في محافظة عدن خلال الفترة من (1990 -1991) بلغت حالات الانتحار ومحاولاته 38 حالة منها 13 حالة انتحار تام و 25 محاولة

انتحار، وكان معدل الذكور أعلى من الإناث بواقع (6: 5). وظهرت معدلات مرتفعة لدى الشباب في الفئة العمري الواقعة بين (26 -35) سنة وبنسبة 38.5٪، وفي المستويات التعليمية المنخفضة (الأمية – والابتدائية) بنسبة (16.1٪)، ولدى المرضى النفسين بنسبة (46.1٪). وفي دراسة لنفس الباحث (قاسم، 2002) ومن واقع مسح سجلات البحث الجنائي في محافظة عدن أيضا خلال الفترة من (1995 -1997) ارتفع معدل الانتحار لدى الذكور مقارنة بالإناث، حيث بلغت لدى الذكور (83٪) من حالات الانتحار التام و(54٪) من الشروع في الانتحار، بينما بلغت لدى الإناث (17٪) من حالات الانتحار التام و(46٪) من حالات الشروع في الانتحار. وظهرت معدلات الانتحار المرتفعة في أوساط حملة الشهادة الجامعية بنسبة (25٪) من الحالات، بينما ارتفع معدل الشروع في الانتحار لدى ذوي المستوى التعليمي المنخفض (الأمية والابتدائية) وبنسبة (35.7٪).

ووفقا للتقارير الحديثة ارتفعت معدلات الانتحار في السنوات الـ (45) الماضية بنسبة (60٪) في جميع أنحاء العالم، وأصبح الانتحار ضمن الأسباب الثلاثة الأولى للوفيات في الأعمار بين 15 -44 سنة في معظم الدول، والسبب الرئيسي الثاني في الأعمار بين 10 -24 سنة. وعلى الرغم من ارتفاع معدلات الانتحار لدى كبار السن إلا أن بعض التقارير أشارت إلى ارتفاع معدلات الانتحار بين صغار السن من المراهقين والشباب في دول العالم الثالث. و ورد في تقرير لمنظمة الصحة العالمية أن في كل 40 ثانية تقريبا هناك عائلة في العالم تفقد احد أفرادها بسبب الانتحار، وفي أغلب الأحيان

يرتبط ذلك بعوامل نفسية مثل صعوبة مواجهة للاكتئاب، أو المعاناة المستمرة، أو الخوف، أو بعض الاضطرابات النفسية والضغوط. (WHO, 2010). يضاف إلى ذلك أن محاولات الانتحار تزيد بمقدار (25) مرة عن الانتحار التام، الأمر الذي يزيد من استفحال أزمة الانتحار في العالم اجمع بسبب وجود ارتباط وثيق بين الانتحار المميت (الانتحار التام أو المكتمل) وغير المميت (المحاولات الانتحارية) حيث تعتبر المحاولات الانتحارية من أقوى المؤشرات على احتمال حدوث الانتحار التام وخاصة لدى الذكور.

ولهذا السبب فان أي استراتيجية لمنع الانتحار يجب أن تتضمن خطة واضحة لمنع محاولات الانتحار أولا، وذلك ليس كهدف بحد ذاتها بل كطريقة فعالة للوقاية من الانتحار التام. وعلى الرغم من ذلك، فان الانتقال من المحاولات غير المميتة إلى الانتحار التام لا يزال يشكل ظاهرة معقدة، تتوقف على سهولة الوصل إلى الأدوات المميتة، والنوع الاجتماعي (ذكر أو أنثى) والثقافة، كما تتوقف على عوامل اجتماعية أخرى منها الاتجاه نحو الانتحار، بالإضافة إلى العوامل الشخصية كالاندفاعية (Hegerl et al, 2009).

وتبين البراهين الحديثة أن العوامل المرتبطة بالانتحار في مرحلة الشباب تتضمن مشاكل الصحة النفسية، وإساءة استخدام المخدرات أو الكحول، والسلوك الانتحاري السابق، وحدوث حالات انتحار في الأسرة أو لدى الأصدقاء المقربين، والسلوك المضاد للمجتمع، مع وجود تاريخ سابق

للإصابة باضطراب نفسي. ومن العوامل الأخرى التي قد تساهم في زيادة احتمال خطر الانتحار انخفاض سن البلوغ لاسيما وان عملية البلوغ تسبب انفصال متزايد بين النمو البيولوجي والنمو النفسي والاجتماعي، ويتم تعزيز هذا الانفصال من خلال الضغوط الشديدة التي تنهك استراتيجيات التكيف لدى الشاب وأسرته (Miller & Barber, 2002).

ومن المحتمل أيضا أن يحدث الانتحار بعد التعرض لأي أزمة أو صدمة نفسية فالخسائر الشديدة الطاغية (وخاصة المتعلقة بفقدان احد الأقرباء أو الأحبة) وما تؤدي إليه من حزن عميق قد تحفز الميول الانتحارية الكامنة لدى الفرد. ولذلك فان فهم متصل الخسارة – الغضب – العنف – يساعد كثيراً في فهم درجة التفكير الانتحاري بناء على تأثير الصدمة. فعندما ينشأ العنف نتيجة التعرض لخسارة لا يمكن الإفصاح عنها، وتحول هذا العنف إلى الداخل (نحو الذات) فهناك احتمال كبير أن يكون الانتحار هو النتيجة النهائية. فالأزمات النمائية أو الظرفية يمكن أن تسبب الانتحار، وبمجرد أن تستثير التفكير الانتحاري تصبح بحد ذاتها أزمة. ونظرا لان الانتحار موضوع مخيف يتغلغل في النسيج الاجتماعي فقد تشوشت أفكار الناس عنه وعن الطريقة التي يمكن لأي شخص أن يتعامل بها وبشكل ناجح مع أي ضحية محتملة للانتحار (Wainrib & Bloch,1998, P.127). وفي هذا الصدد ذكر شندمان (Shneidman,1996) أن الانتحار يرجع في جزء منه إلى وجود ألم نفسي داخلي أطلق عليه مصطلح (**الصداع النفسي**

Psychache) ويرجع هذا الألم إلى الإحباط وعدم إشباع الحاجات النفسية، وان هذا الإحباط قد يجعل الفرد يدرك في آخر المطاف بأنه عاجز عن إيجاد طرق بديلة غير الموت لمواجهة محنته، فينهي حياته بيديه. واقترح بعض المهتمين ضرورة النظر إلى محاولة الانتحار باعتبارها نداء يوجهه الفرد إلى الآخرين لطلب المساعدة ولفت الانتباه، أو تعبيراً عن اليأس والرغبة في الهروب، بدلا من الاعتقاد بوجود نية حقيقية للموت (WHO, 2010). ولذلك يجب على الأطباء والعاملين مع الأفراد الذين يفكروا بالانتحار أن يسعوا لزيادة قدرة الفرد على تصور بدائل أخرى لمواجهة المشاكل، ومساعدته في الوقت نفسه على زيادة تحمل الألم النفسي (Raper, 2010).

تقييم خطر الانتحار:

أن أي أزمة من أزمات الانتحار (التفكير في الانتحار، أو التهديد به، أو الإشارة إليه، أو محاولة الانتحار فعلا) تمثل حالة طارئة حقيقية تستوجب من على أفراد الأسرة والأصدقاء والمختصون والمؤسسات ذات العلاقة، وكل من له ارتباط بالفرد، أن يولوها اهتمام كبير وان يأخذوا مظاهرها بشكل جاد ومسئول. وفي مثل هذه الحالات فان من الضروري أن يخضع الفرد لتقييم شامل لكل العوامل المرتبطة بمخاطر الانتحار، على أن يتضمن هذا التقييم الاضطرابات النفسية السابقة أو الحالية، وموقف الفرد من إساءة استخدام المواد الفاعلة نفسيا (العقاقير أو المخدرات) ومحاولات الانتحار ، و تاريخ الانتحار في الأسرة، ومستوى الأداء الوظيفي الحالي لدى الفرد، بحيث

يتسق ذلك بشكل تكاملي مع نتائج التقييم النفسي. (Reeves, Mickerson & Brock, 2011)

حيث يعتبر السلوك الانتحاري الحالة الطارئة الأكثر شيوعا التي يواجهها العاملون في مجال الصحة النفسية ومجال الطوارئ الطبية. ويمثل إحدى الظواهر النفسية القليلة الفريدة من نوعها التي تتميز عن غيرها بأنها مميتة. ونظرا لان السلوك الانتحاري قد يفضي إلى الموت، فانه يمكن القول أن من أهم القرارات التي يمكن أن يتخذها الطبيب النفسي في حياته المهنية هو القرار المتعلق بما إذا كان المريض مقدماً على الانتحار أم لا؟، وأي خطاء في هذا الحكم يجعل الطبيب عرضة لمواجهة العواقب السلبية الانفعالية والشخصية والمهنية والقانونية. ولهذا السبب يتفق الأخصائيون النفسيون على أهمية الدقة في تقييم السلوك الانتحاري، وصعوبة تقديره كميا.

ولعلى المشكلة الكبيرة في الوقت الراهن التي تواجه العاملين في هذا المجال هي عدم وجود قاعدة بيانات عالمية دقيقة تساعد في التنبؤ بالانتحار ويمكن تطبيقها في مجال التدريبات الإكلينيكية. فالأدبيات والمصادر العلمية المتعلقة بالانتحار لا تقدم بيانات واضحة، وهذا الأمر يضع أمام الأخصائيين النفسيين صعوبات كبيرة تتعلق بتحديد وتقييم العوامل الأكثر أهمية لدى الفرد من بين العديد من العوامل المرتبطة بمخاطر الانتحار. لذلك يعد تقدير الخطورة أكثر جدوى وقابلية للتطبيق في

مجال تقييم مرضى الانتحار، فالمعارف الأساسية ذات الصلة بهذا الأمر واسعة وديناميـة بطبيعتها، وسريعة التغير. وهناك دراسات كثير أجريت في مجال التقييم ولكن ليس هناك أداة واحدة أو أسلوب واحد يتفوق على غيره في تقييم احتمال الانتحار لدى الأفراد، فليس هناك عوامل وراثية مرضية (Pathognomic) تنبئ بالانتحار، كما إن كل فرد يمثل حالة خاصة وفريدة، بحيث تختلف طبيعة التقييم والقياس من شخص إلى آخر، فقياس أو ملاحظة عوامل محددة ارتبطت جوهريا بالسلوك الانتحاري لدى احد الأشخاص لا يعني بالضرورة أنها سيكون لها نفس الدرجة من الأهمية لدى كل الذين يحاولون الانتحار، فقد يكون لها دلالات مختلفة أو قد لا يكون لها أي علاقة بالانتحاري لدى أفراد آخرين. ولهذا السبب يوظف الأطباء والمختصون، وبدرجات متفاوتة، أساليب وإجراءات متنوعة عند التعامل مع السلوك الانتحاري لدى المرضى. كما إن الطبيعة المتغيرة لمناهج الصحة النفسية في تقييم الانتحار تشكل تحديا للمحاولات الرامية إلى استعراض معايير الرعاية الصحية في مجال التقييم، فهذه المعايير لا تزال غامضة ويصعب التأكد منها (Packman et al., 2004).

لقد حدد الباحثون عدد من القواعد الأساسية أثناء تقييم مخاطر الانتحار أهمها تجنب السلبية الواهية (وتعني: أن يقرر الطبيب انخفاض خطر الانتحار لدى المريض في الوقت الذي يكون فيه هذا الخطر مازال مرتفعاً) فقد يؤدي ذلك إلى موت المريض. وبالإضافة إلى تجنب السلبيات

الواهية، وإتباع منهج إكلينيكي في التقييم، يجب أيضا إدراك مواطن القوة والضعف في الفئات التشخيصية التقليدية (مثلا عند تشخيص الاضطرابات النفسية لدى المريض وخاصة الاضطرابات الوجدانية) وفهم عوامل الخطر الوبائية والإكلينيكية، والاستفادة من استشارة متخصصين آخرين من ذوي الخبرة في المجال، واستخدام الرقابة، وإحالة المريض إلى جهات أخرى عند الضرورة، وتشكيل تكامل تام بين التاريخ الطبي والتاريخ الأسري وفحص الحالة العقلية والتقييم الإكلينيكي، والحصول على معلومات هامة عن حالة المريض ممن لهم علاقة مباشرة معه، وتضمين بيانات التقييم النفسي وتقديرات مخاطر الانتحار مع الإجراءات الموسعة لجمع المعلومات عن الحالة، جنبا إلى جنب مع المسائل العامة الأخرى ذات الصلة بالتقييم الصحيح. حيث حددت المصادر العلمية عدد من عوامل المخاطرة المرتبطة بالمريض من بينها الخصائص الشخصية، والميول والطباع، والعوامل الظرفية، والأعراض الحالية التي يجب التصدي لها من اجل الكشف بدقة عن احتمالات حدوث الانتحار.

ومن الأهمية بمكان أن نؤكد بأن هذه العوامل لا تعد كافية لتقييم مخاطر الانتحار، وانه ليس من الضروري دائما إجرائها. كما إن العوامل التي سنستعرضها لاحقا في هذا الفصل لا تعتبر عوامل حصرية تشمل كل العوامل المسببة للانتحار، فقد يتأثر السلوك الانتحاري بكثير من العوامل والمتغيرات الأخرى، وتكون بعض السمات والخصائص أكثر دلالة من غيرها

في حالات معينة، وعلى المعالج النفسي أن يقدر الوزن النسبي لهذه العوامل وفقا لتاريخ كل حالة مرضية على حدة، و وفقا لتقديراته المبنية على بيانات شاملة عن حياة المريض وتوجهاته وميوله وتصوراته العامة في الحياة. كما يجب على المعالج أن يتأكد مما إذا كان المريض عضوا في إحدى الجماعات التي تميل إلى المخاطر العالية وتفضلها سواء في السلوك أو الأفكار والتصورات، فقد أكدت الدراسات الوبائية أن هذا العامل يكون له أيضا تأثير كبير في زيادة احتمال الانتحار.

وترتبط بعض الجوانب الشخصية لدى الفرد بمخاطر الانتحار، ولذلك يعمل الأخصائيون على دراسة سياق حياة الفرد أثناء القيام بمحاولات الانتحار السابقة باعتبارها من أكثر المتغيرات المنبئة بالانتحار التام. وبالإضافة إلى التاريخ الشخصي فان للتاريخ العائلي أيضا دلالة هامة في أزمة الانتحار ويعتبر بمثابة **"مكبر صوت"** يحذر من احتمال حدوث الانتحار في الأسرة من خلال التأثيرات الوراثية والنمذجة السلوكية، أو كلاهما.

ويهتم المعالجون النفسيون أيضا بالكشف عن أحداث الحياة السلبية (كالتعرض السابق للإساءة البدنية أو الجنسية، والعنف الأسري) كونها من أكثر العوامل التي ترتبط بزيادة خطر الانتحار، فضلا عن عدد من العوامل الأخرى ومنها وجود حالة طبية عامة كالإيدز أو السرطان وارتفاع مستوى الاعتماد على المواد الطبية. كما أن نمط الرعاية الطبية التي

يتلقاها الفرد توضع أيضا ضمن عوامل الصحة البدنية المرتبطة بزيادة خطر الانتحار. فقد أصدرت هيئة الغذاء والدواء الأمريكية تحذيرات من احتمال زيادة السلوك الانتحاري لدى المرضى الذين يتعاطون مضادة الاكتئاب. وجاءت هذه التحذيرات بعد تحليل بيانات عدد من الدراسات (المنشورة وغير المنشورة) عن استخدام مضادات الاكتئاب في علاج السلوك الانتحاري لدى المراهقين، حيث كشف التحليل عن وجود زيادة في محاولات الانتحار غير المكتملة لدى هؤلاء المراهقين بنسبة 2٪ مقارنة بمجموعة من المراهقين المعالجين بالأدوية الوهمية. لكن نتائج دراسات أخرى جاءت مناقضة لهذه النتائج ووجدت أن معدلات الانتحار انخفضت لدى المراهقين بشكل دال عند بداية العلاج بمضادات الاكتئاب، فضلا عن البراهين الأخرى التي أشارت إلى عدم العثور على الأدوية المضادة للاكتئاب في اغلب نتائج الفحوص الطبية التي أجريت على جثث الموتى انتحارا، وهذا ما يشير إلى فعالية مضادات الاكتئاب في علاج الانتحار لدى المراهقين. وفي الوقت الراهن تؤكد إرشادات الممارسة على زيادة مراقبة السلوك الانتحاري خلال الأسابيع الأولى من العلاج بمضادات الاكتئاب.

وقد ناقش عدد من الباحثين دور التوجه الجنسي في الانتحار وأشاروا إلى ارتباط الازدواجية الجنسية أو الشذوذ الجنسي بارتفاع مخاطر السلوك الانتحاري لدى الشباب. كما يتوجب على الأخصائيين والمعالجين النفسيين عند تقييم مخاطر الانتحار النظر إلى مرحلة المراهقة المتأخرة، و

النوع الاجتماعي (أن يكون ذكراً) و وجود مرض نفسي، وتعاطي المخدرات أو التسمم بالأدوية، ومحاولات الانتحار السابقة، باعتبارها من أكثر العوامل التي تزيد من مخاطر الانتحار. يضاف إلى ذلك أن خطر الانتحار يزداد في حالة وجود صراع عائلي كبير، واضطراب العلاقات الوظيفية مع الأقران، واليأس.

ويؤكد الباحثون على أن وجود واحد أو أكثر من المتغيرات النفسية التالية يزيد من خطر الانتحار التام:

- **قلق حاد** (يكون الفرد شديد الانزعاج أو التهيج).
- **توفير الأدوات المميتة** (على سبيل المثال شراء أو وجود بندقية متاحة، أو الحبال، أو السموم. الخ).
- **زيادة كراهية الذات أو بغضها.**
- **انحسار في رؤية الفرد للبدائل المتاحة في وضعه الحالي.**
- **التفكير بأن الموت هو أفضل مخرج من الألم النفسي الشديد.**
- **إحساس شديد بالاكتئاب، أو العجز، أو اليأس.**
- **تخيلات وهمية تصور الموت كوسيلة للهروب**: ويتضمن ذلك أن يصف لفرد جنازته بشكل مبجل (فالمشاهد التي تصور الحياة بعد الموت تزيد من احتمالات الانتحار).
- **فقدان الإحساس بالاستمتاع أو عدم الرغبة في الحياة.**

- **الشعور بأن الفرد أصبح مصدر عار وخزي للأسرة أو للآخرين. أو وجود ما يدل على أن الفرد تعرض مؤخرا للإذلال** (Brown et al., 2003).

واظهر التحليل البعدي للبيانات أن احتمالات محاولات الانتحار تزداد إذا كان الشخص قد قام بهذه المحاولات باكراً، وجنسه أنثى، وهو في حوالي سن المراهقة، ولديه أفكار انتحارية، ويعاقر الخمور، ولا يعيش مع الوالدين، ولديه مستوى منخفض من تقدير الذات (Wichstrom, 2000).

العوامل التي تزيد من خطر الانتحار:

تبين من خلال نتائج العديد من الدراسات السابقة أن هناك عدد من العوامل التي تعد أكثر ارتباطا بزيادة خطر الانتحار، وسنتناول هذه العوامل فيما يأتي:

1- الاضطرابات النفسية:

يرتبط وجود المرض النفسي بزيادة مخاطر الانتحار بدرجة كبيرة، فقد تبين أن (90٪) ممن أقدموا على الانتحار كان قد شخص لديهم احد الأمراض النفسية أو اضطراب إساءة استعمال المواد الفاعلة نفسياً (الأدوية والمخدرات). وان معظم الذين قتلوا أنفسهم عانوا سابقاً من اضطرابات وجدانية (مثلا اضطراب الاكتئاب الرئيسي) واضطراب القلق العام. وشخص اضطراب الإدمان على الكحول لدى (25٪) منهم. وبينت الدراسات أن (50٪) من المنتحرين تلقوا مساعدة نفسية متخصصة في وقت ما من

حياتهم، وان (20٪) منهم راجعوا أخصائيين نفسيين قبل شهر واحد من الانتحار (Raper, 2010). ولذلك فإن التشخيص الدقيق للاضطرابات النفسية يسهم كثيراً في تقييم السلوك الانتحاري، فإصابة الفرد بمرض نفسي لا يؤثر فقط في زيادة خطر الانتحار، ولكنه أيضا يؤكد على وجود ميل نحو الانتحار. كما إن تشخيص احد الاضطرابات الوجدانية وخاصة اضطراب الاكتئاب والاضطراب ثنائي القطب يضع المريض في المجموعة ذات المخاطر المرتفعة. وهناك أيضا عدد من الأعراض والاضطرابات النفسية الأخرى التي ترتبط بمخاطر الانتحار ويجب على الأخصائيين النفسيين تشخيصها وعلاجها، ومنها القلق، ونوبات الهلع، وفقدان الإحساس بالمتعة وضعف الاهتمام، وانخفاض القدرة على التركيز، والأرق الشديد. كما ينصح بضرورة تقييم مخاطر الانتحار إذا ظهرت علامات وأعراض الذهان وخاصة الهلاوس التعليقية(بر) وأوهام العظمة أو الاضطهاد. كما لوحظ أيضا ارتفاع معدلات الانتحار لدى المصابين بالفصام، وبعض اضطرابات الأكل، واضطراب الشخصية الحدية، واضطراب الشخصية المضادة للمجتمع، مما يوحي بان هذه الاضطرابات النفسية تشكل عوامل خطر كبيرة بالنسبة للانتحار. فأي واحد من هذه العوامل النفسية يمكن أن يؤدي إلى زيادة دالة في خطر الانتحار (Packman et al., 2004).

---

[2] - في هذا النمط من الهلاوس يسمع المريض صوت واحد أو صوتين يعلقان على سلوكه وتصرفاته.

وقد وجد الباحثون أن الاضطرابات النفسية (وخاصةً الاكتئاب واضطرابات تعاطي الكحول) تمثل عوامل خطر رئيسية للانتحار في أوروبا وأمريكا الشمالية، بينما يكون للاندفاعية دوراً هاماً في البلدان الآسيوية (Berk et al., 2010) لكن مشكلة الانتحار تزداد تعقيدا بسبب التفاعل بين العوامل النفسية والاجتماعية والبيولوجية والثقافية والبيئية، ولذلك يجب على الأطباء والمعالجين النفسيين تقييم الدور الذي يلعبه اختلاط الاعتلال النفسي مع الأمراض النفسية الشديدة في تصعيد خطر السلوك الانتحاري (Packman et al., 2004).

كما يؤكد الممارسون الإكلينيكيين أن التحديد الدقيق لتعاطي المخدرات يعد جزء لا يتجزأ من عملية تقييم الانتحار، فهذا التقييم لا يبنى فقط على العلاقة التي تربط بين الاعتماد على الكوكايين والكحول والمواد الأخرى التي اتضح وجود علاقة وثيقة بينها وبين نشأة السلوك الانتحاري، بل إن مجرد استخدام مثل هذه المواد التي تقلل من مستوى التثبيط في الجهاز العصبي يعد دليلا قويا على زيادة احتمال السلوك الانتحاري لدى الفرد.

2- العمر:

يعتبر العمر أحد المتغيرات الديموغرافية الهامة المرتبطة باحتمال خطر الانتحار، فكثيرا ما تميل معدلات الانتحار للارتفاع عالمياً مع التقدم في العمر، حيث ترتفع في مرحلة المراهقة وتنخفض في السنوات القليلة

التالية ومن ثم تعاود الارتفاع مرة أخرى مع زيادة التقدم في العمر. فقد بينت الدراسات أن معدلات الانتحار زادت خلال الخمسين السنة الماضية في الأعمار بين 15 -24 بمقدار 300٪ وبلغ متوسط العمر أثناء الانتحار 39.9 سنة. كما أن بعض الدول مثل كندا شهدت حديثا ذروة ثانوية في ارتفاع معدلات الانتحار بين الفتيان في هذه الفئة العمرية. وتظهر أدنى معدلات الانتحار في الأعمار بين 5 -14 سنة وبمتوسط قدره 0.09 لكل 100000 شخص من السكان، بينما يبلغ المتوسط لدى في الأعمار بين 75 سنة فأكثر 66.9 لكل 100000 نسمة. وفي الغالب فان معدلات الانتحار في الأعمار 75 سنة فأكثر تفوق نظيراتها لدى الشباب ذوي الأعمار 15 - 24 سنة بثلاثة أضعاف تقريبا، وتظهر هذه الفروق لدى كلا الجنسين لكنها أكثر وضوحا لدى الرجال (منظمة الصحة العالمية، 2002: 189).

وتبين بعض المعطيات أن مخاطر الانتحار ترتفع لدى الراشدين مع زيادة التقدم في العمر، وان احتمالات خطر الانتحار تزداد في المرحلة العمرية الواقعة بين منتصف الخمسينيات ومنتصف الستينيات، حيث ترتفع في هذه الفترة معدلات الانتحار كثيراً مقارنة بالمراحل العمرية الأخرى. كما أن محاولات الانتحار التي يقدم عليها كبار السن غالبا ما تكون مميتة، فنسبة محاولات الانتحار المكتملة في عمر (65) سنة هي سبعة إلى واحد (7 : 1) أما في الأعمار التي تزيد عن (65) سنة فتكون نسبة الانتحار التام اثنان إلى واحد (2 : 1). (Berk et al., 2010)

وعلى الرغم من ارتفاع معدلات الانتحار بين المسنين إلا إن الرقم المطلق في الحالات المسجلة بين أولئك الذين هم دون سن 45 أعلى في الحقيقية منه لدى من تجاوزوا هذا السن. وهذا التغير واضح منذ 50 سنة مضت عندما كان الرقم المطلق لحالات الانتحار يزداد تقريبا باستمرار مع التقدم في العمر، ولا يمكن تفسير ذلك بزيادة معدلات العمر العامة لدى سكان العالم. مع انه في الحقيقة يتم تفسير ذلك في إطار هذه المتغيرات الديموغرافية. وفي الوقت الحاضر ترتفع معدلات الانتحار لدى من هم دون الخامسة والأربعين من العمر أكثر ممن هم فوق 45 سنة وذلك في ثلث إجمالي دول العالم تقريبا. ولا تتعلق هذه الظاهرة بمستوى التقدم الصناعي أو الغنى والرفاهية، بل تبدو موجودة في جميع القارات. وتشمل الدول والمناطق التي تكون فيها معدلات الانتحار الحالية (وكذلك الرقم المطلق من الحالات) فيمن هم دون 45 سنة كل من : أستراليا، والبحرين، وكندا، وكولومبيا والإكوادور وموريشيوس ونيوزيلاندا وسيريلانكا والمملكة المتحدة، ودول أخرى (منظمة الصحة العالمية، 2002: 190).

3- النوع الاجتماعي والعرق والدين:

يعد كل من الجنس والثقافة والعرق والأثنية والدين من العوامل الهامة التي ترتبط بزيادة معدلات انتشار الانتحار. حيث ترتفع نسب الانتحار التام لدى الذكور بثلاث إلى أربع مرات عن مثيلاتها لدى الإناث، ويرجع السبب في ذلك إلى عوامل متعددة منها استخدام أدوات أكثر فتكا

وزيادة السلوك العدواني وتعاطي المخدرات لدى الذكور، في حين أن الطريقة الأكثر شيوعا في محاولات الانتحار لدى الإناث هي تناول جرعات زائدة من الأدوية، وبالتالي تضل هناك فرصة كبيرة لإنقاذهن. أما الرجال فغالبا ما يختاروا وسيلة مميتة كالأسلحة النارية وأدوات الشنق، وتكون فرص إنقاذهم قليلة جدا. وفي بعض البلدان التي تتوافر فيها المخدرات الفتاكة، وتقل فيها فعالية الرعاية الصحية الأولية، تتفوق الإناث على الذكور في نسبة الانتحار التام (Berk et al., 2010). ويقال أن الفروق بين الجنسين في معدلات الانتشار تكون اقل وضوحا في الدول الأسيوية مقارنة بأي مكان آخر في العالم. وتتراوح الفروق بين معدلات الرجال ومعدلات النساء في الانتحار بين (1.0 إلى 1) و (10.4 إلى 1)، وربما تتأثر هذه النسب في جزء منها بالسياق الثقافي. وكمعدل وسطي فأن كل ثلاث حالات انتحار من الذكور تقابلها حالة انتحار واحدة من الإناث، ويبدو ذلك ثابتاً بمقدار كبير أو قليل حسب اختلاف الفئات العمرية باستثناء الأعمار المتقدمة حيث تميل معدلات الانتحار لدى الرجال إلى الارتفاع (منظمة الصحة العالمية، 2002: 192). وبالمقابل تزيد محاولات الانتحار لدى النساء ثلاث مرات عن نظيراتها لدى الرجال (Berk et al., 2010).

وتختلف نسب الانتحار أيضا باختلاف العرق والمجموعات السكانية، فقد وجدت بعض الدراسات ارتفاعاً في نسب الانتحار التام لدى البيض مقارنة بالأفارقة الأمريكيين. واتضح أيضا أن أعلى المعدلات توجد لدى

القوقازيين والهنود الحمر، وأدناها لدى سكان جزر آسيا والمحيط الهادئ (Berk et al., 2010). و وجد أن نسب الانتشار في الجنس الأبيض تعادل ضعف معدلات الانتشار في الأجناس الأخرى، مع انه سجل حديثا في الولايات المتحدة زيادة في معدل الانتحار بين الأمريكيين من أصل أفريقي، وسجلت معدلات مرتفعة أيضا في جنوب أفريقيا وزيمبابوي (منظمة الصحة العالمية، 2002: 192). واتضح من خلال البيانات الحديثة أن بعض المجموعات العرقية؛ كالنساء ذوات الأصول الإسبانية في الولايات المتحدة الأمريكية؛ ظهرت لديهن تكرارات عالية لمحاولات الانتحار في السنوات الأخيرة (Berk et al., 2010).

وقد وجد الباحثون أن الانتماء إلى دين معين يثبط النزعة إلى الانتحار، حيث وجدت إحدى الدراسات التي أجريت في سنغافورة أن الملاويين المرتبطين كثيرا بالإسلام يعارضون الانتحار بشدة، ولديهم أدنى نسبة في معدلات الانتحار، بينما ظهرت أعلى المعدلات لدى اثنية الهنود في نفس الجزيرة، فهذه الاثنية من الهنود بشكل عام هم من أتباع الهندوسية الذين يعتقدون بتناسخ الأرواح وتقمصها من جديد، ولا يحرموا الانتحار بشكل واضح. وبطريقة مشابهة بينت دراسة أخرى أن اعتناق الإسلام يقلل من معدلات الانتحار أكثر من اعتناق المسيحية (منظمة الصحة العالمية، 2002: 200). ويرجع ذلك إلى موقف الإسلام الواضح من الانتحار، وتحريم قتل النفس، والتأثير الذي تتركه التربية الإسلامية في نفوس

المسلمين وخاصة ما يتعلق بقوة العقيدة والصبر على الشدائد، والإيمان بالقضاء والقدر، وغيرها من المبادئ الإسلامية التي تحصن المسلم من الميل إلى الانتحار.

4- الحالة الاجتماعية:

تختلف معدلات الانتحار باختلاف الحالة الاجتماعية، حيث يبدو أن العلاقة الزوجية الثابتة نسبياً تمثل عاملاً وقائياً ضد الانتحار بشكل عام، كما أن وجود الأطفال يضيف عاملاً وقائيا آخر للوالدين، فكلما ارتبطت حياة الفرد بالآخرين كلما قلت لديه احتمالات الانتحار، وتقل أكثر إذا كان يعيش مع شريك حياته (الزوجة أو الزوج) وتقل أكثر إذا كان لديه أطفال. ومما يؤكد على أهمية العلاقات الاجتماعية في خفض معدلات الانتحار ما اشر ت إليه البيانات العلمية من أن محاولات الانتحار تزداد بعد الانفصال أو الطلاق، وتنخفض لدى المتزوجين وخاصة من لديهم أطفال (Wainrib & Bloch,1998, P.128). كما أن غير المتزوجين، أو الذين يعشون لوحدهم يكونوا أكثر ميلاً للسلوك الانتحاري، ووجدت عدد من الدراسات معدلات مرتفعة للانتحار لدى الأرامل مقارنة بالمتزوجين (وخاصة لدى كبار السن من الرجال)، لكن معدلات الانتحار تضل غير مرتفعة لدى النساء الأرامل مقارنة بالمطلقات أو المنفصلات.

وقد أشارت الدراسات الوبائية (في كل الفئات العمرية) إلى وجود علاقة بين الانتحار والحرمان الاجتماعي والاقتصادي، بما في ذلك محدودية التحصيل العلمي والتشرد والبطالة والاتكال المادي، والعزلة الاجتماعية، والموقع النائي أو الريفي، ورفض التمييز بين الجنسين، والتعرض لخسائر كبيرة من جميع الأنواع بما فيها الخسائر في مجال العلاقات الاجتماعية، وخبرات سوء المعاملة والإهمال، وفقدان المعنى في كل النشاطات الحياتية، أو انتظار الموت (Miller & Barber, 2002).

5- المهنة:

ترتفع معدلات الانتحار في صفوف العاملين بمهن معينة، فالموظفون الذين يتعاملوا باستمرار مع الأزمات او والأحداث الصدمية يكونوا أكثر عرضة للانتحار، فقد وجد الباحثون أن نسبة الموت انتحارا في صفوف رجال الشرطة تزيد بثلاث أضعاف عن نسبة الموت قتلا على أيدي المجرمين، وربما يرجع السبب في ذلك إلى أن التأثيرات المتراكمة لمشاهدة الأحداث الصدمية الشديدة تصل إلى درجة تكفي لان تعجل بالسلوك الانتحاري لدى رجال الشرطة، بالإضافة إلى أن وجود السلاح الناري في أيدي رجال الشرطة وسهولة الوصول إليه يزيد من درجة المخاطرة لديهم. وقد وجدت بعض الدراسات معدلات مرتفعة بين أطباء الأسنان وبعض العاملين في مجال الصحة النفسية والعاملين في مهن عالية المخاطر (كرجال الشرطة وأطباء

التخدير) وظهر مؤخر ارتفاع في معدلات الانتحار لدى الطبيبات البيطريات في مرحلة الشباب.

6- مرحلة المراهقة:

تتطلب بعض الفئات السكانية اهتماماً خاصاً على الرغم من أن الانتحار قد يحدث في أي مرحلة عمرية ولدى أي من الجنسين. فمن الأهمية بمكان إدراك دلالة العمر والفروق بين الجنسيين أثناء تقييم مخاطر الانتحار. فقد اتضح من خلال نتائج الدراسات الوبائية عن انتحار المراهقين أن زيادة خطر الانتحار ترتبط بالعمر، وان الانتحار يكون أقل شيوعاً قبل سن الثانية عشر وترتفع معدلاته في مرحلة المراهقة المتأخرة وأوائل العشرينات من العمر. (Berk et al., 2010) ففي دراسة حديثة على عينة قوامها (1709) من المراهقين في الأعمار بين الرابعة عشر و الثامنة عشر تبين أن (10 ٪) من الفتيات و (4٪) من الشباب حاولوا الانتحار سابقا. واعترف (19٪) أنهم فكروا بالانتحار من قبل، وزاد معدل التفكير بالانتحار بمقدار الضعف لدى المراهقين المكتئبين (Wainrib, & .Bloch,1998)

7- عوامل تتعلق بالميول والدعم الاجتماعي:

يجب أن تؤخذ الصفات الشخصية بعين الاعتبار عند تقييم مخاطر الانتحار ومنها عتبة الإحساس بالألم البدني أو النفسي على حد سواء، فهناك فروق فردية كبيرة بين الناس في تحمل الألم. ولكل مريض عتبة

تحمل فريدة من نوعاها يجب أن تؤخذ في الحسبان أثناء الفحص النفسي الشامل لان ذلك يساهم في تحسين دقة التقييم.

وتشير بعض الدراسات إلى وجود علاقة وطيدة بين بعض أنماط السلوك والانتحار، حيث تؤكد بعض التفسيرات في هذا المجال على وجود علاقة بين بعض السمات التي تقلل من مستوى ضبط النفس وبين محاولات الانتحار، فالسلوك الاندفاعي وتقلب المزاج والسلوك العدواني تمثل الخصائص الأكثر ارتباطاً بالانتحار. بالإضافة إلى النقد الذاتي، والسعي إلى الكمال في جوانب الشخصية التي تبين أنها ترتبط بزيادة مخاطر الانتحار. ويؤكد المعالجون النفسيون على ضرورة تقدير المهارات والقدرات المعرفية أثناء تقييم السلوك الانتحاري، فقد ذكر عدد من الباحثين أن العجز عن حل المشكلات، وعدم القدرة على توليد حلول جديدة للمشاكل العاطفية لدى الشخص، وانحسار القدرة على المواجهة والتكيف مع أحداث الحياة اليومية الضاغطة، والخسائر الكبيرة التي مني بها الفرد، كل ذلك يرتبط بزيادة احتمال التعرض للانتحار (Packman et al., 2004). ومن المؤكد أن خطر الانتحار يزداد في حالة وجود صراعات عائلية كبيرة، وفي حالة اختلال العلاقات الوظيفية مع الأقران، والشعور باليأس.

وفي هذا السياق تؤكد أدبيات علم النفس الإكلينيكي على ضرورة وجود نظام كاف للدعم الاجتماعي يمنع الآثار السلبية لأحداث الحياة الضاغطة التي تزيد من احتمالات الانتحار، فقد ذكر احد العلماء أن

الدعم الاجتماعي يمثل "الحاجز Buffer" الذي يتصدى للأحداث الضاغطة في الحياة اليومية، من خلال تقليل عواقب التهديدات المتضمنة في الخبرات السلبية، وتوفير الموارد اللازمة للمواجهة وحل المشكلات، ويشمل ذلك توفير الدعم الانفعالي والمادي، وتقديم الملاحظات والمقترحات المناسبة. ولذلك فان عدم وجود نظام دعم اجتماعي كاف يمثل احد العوامل الرئيسية التي تزيد من خطر الانتحار.

وتأتي نية الانتحار ضمن العوامل المرتبطة بزيادة احتمال وقوع الانتحار، فقد وجد الباحثون أن الأفراد الذين انتحروا كانت لديهم نية كبيرة للانتحار، وان هذه النية المرتفعة ارتبطت بشدة الاضطراب النفسي، وهذا ما يرجح بأن التركيز على نية الانتحار يكون أكثر أهمية من التركيز على التفكير في الانتحار، ومع ذلك رأى بعض الباحثين أن التفكير في الانتحار يمثل العامل المزمن (القديم) المرتبط بالانتحار. و ربط ويشر وبيك (Weishaar & Beck, 1992) بين التفكير والعجز المعرفي (الذي يرتبط عادة بالاكتئاب) وبين التفكير والسلوك الانتحاري. بالإضافة إلى ذلك تمكن الباحثون من تميز القصور في حل المشكلات كعامل يرتبط بالانتحار، فغالبا ما يعاني هؤلاء المرضى من العجز عن إيجاد حلول مناسبة للمشكلات البين شخصية(3) بسبب العجز عن إيجاد حلول بديلة، وفقدان المرونة في التفكير، وعدم تقبل البدائل المتاحة أو رفض توظيف بدائل جديدة

[3] - يشير مفهوم المشكلات البين شخصية إلى المشاكل التي تظهر في علاقة الفرد بالآخرين وتفاعله معهم.

أكثر فاعلية في حل المشكلة. وتؤثر التشوهات المعرفية، والمعتقدات غير العقلانية، والافتراضات المضطربة على السلوك الانتحاري بشكل دال أيضا. فعندما تضعف الوظائف المعرفية أو يتم تعديلها فان ذلك قد يدفع بالمرضى إلى الظن بان الموت هو الحل الوحيد للخروج من المأزق الراهن (Packman et al., 2004).

ويشكل اليأس مؤشراً قوياً على كل من: التفكير في الانتحار، والنية، واقتراب موعد الانتحار. ويمكن لليأس أن يتوسط العلاقة بين الاكتئاب والسلوك الانتحاري، ولذلك فان توقع المخططات السلبية التي تم تحديدها من خلال التقرير الذاتي وملاحظات المعالج يعتبر جزء لا يتجزأ من تقييم مخاطر الانتحار. كما يجب أيضا تقييم مستوى الانزعاج الحاد، والاشمئزاز من الذات أو كراهيتها، والرغبة في الموت، وتقييم العزو المعرفي، والأداء المعرفي في الوقت الحالي، ودرجة انخفاض القدرة على اختبار الواقع الحقيقي، فكل هذه العوامل تعتبر جزء من العناصر الهامة التي يجب التركيز عليها أثناء تقييم مخاطر الانتحار.

8- التعرض للإساءة البدنية أو الجنسية في مرحلة الطفولة:

بينت الدراسات أن وجود سابقة انتهاك بدني أو جنسي في الطفولة يمكن أن تزيد من احتمال خطر الانتحار في المراهقة أو الرشد، فمن الشائع أن يشعر ضحايا الانتهاك الجنسي بالإذلال والخجل والخضوع، فقد تبين أن الذين تتعرضون للانتهاك في مرحلة الطفولة كثيراً ما يشعروا بعدم الثقة

في العلاقات البين شخصية ويصعب عليهم المحافظة على مثل هذه العلاقات، وتظهر ليهم صعوبات جنسية مستمرة، مع شعور شديد بالنقص والوضاعة. و وجد الباحثون في هولندا أن المراهقين الذين تعرضوا للإساءة الجنسية في مرحلة الطفولة ظهر لديهم مزيداً من السلوك الانتحاري والمشاكل الانفعالية والسلوكية أكثر من زملائهم الذين لم يتعرضوا سابقاً لسوء المعاملة (منظمة الصحة العالمية، 2002: 197).

9- عوامل ومؤشرات أخرى:

لما كانت مشكلة الانتحار من المشاكل المعقدة التي ترتبط بعوامل وأسباب كثيرة، يضل من الصعب على الباحثين حصر كل العوامل التي تؤثر في تفاقم هذه الظاهرة أو تزيد من مخاطرها، وبالإضافة إلى العوامل التي ذكرناها سابقا أورد الباحثون عدد من العوامل الأخرى منها على سبيل المثال إذا كان المريض قد تلقى في السابق علاج طبي غير ناجح، أو تعرض مؤخراً لإصابة جسدية، حينها يكون احتمال الانتحار عال جدا، ويزداد خطر الانتحار أيضا في حالة الفقد والخسائر (وتشمل موت احد الأحبة أو الأقرباء). أو فقدان الوظيفة، أو المركز الاجتماعي. وهنا يجب على المعالج أن ينظر للخسارة من وجهة نظر المريض، كما يجب أن يأخذ بعين الاعتبار تاريخ الخسارة فمهما كان نوع هذه الخسارة فإنها قد تنشط ذكريات مؤلمة خاصة بخسائر سابقة تضاف إلى الخسارة الحالية بحيث تزيد كثيراً من

احتمال الانتحار. وقد بين كثير من الباحثين وجود صلة بين موت احد الوالدين والسلوك الانتحاري لدى البالغين والأطفال على حد سواء.

ومن الأهمية بمكان إدراك أنّه ليس هناك سوى عدد قليل من حالات الانتحار التي تحدث بدون إنذار مسبق. فمعظم الذين يحاولون الانتحار يقدموا مؤشرات واضحة عن نواياهم، لذلك ينبغي الاهتمام بكل التهديدات المتعلقة بإيذاء الذات. كما أن غالبية الأشخاص الذين يحاولون الانتحار هم أشخاص يكتنفهم التناقض وعدم اليقين من الرغبة في الموت من عدمه. وتقع كثير من حالات الانتحار خلال فترة التعافي من محاولة الانتحار، أي عندما يكتسب الشخص الطاقة والإرادة اللازمتين لتحويل الأفكار اليائسة إلى فعل سلوكي. ومع ذلك فليس كل من حاول الانتحار سابقا يكون بالضرورة معرّضاً للخطر بشكل دائم، فقد تعود الأفكار الانتحارية لدى بعض الأشخاص بدون أن تكون دائمة ومستمرة، وقد لا تعود أبداً لدى أشخاص آخرين (WHO, 2010).

وتعتبر العوامل التالية من المؤشرات الدالة على زيادة احتمال حدوث الانتحار:

1 - **التصريحات اللفظية:** وهي من أهم المنبئات باحتمال الانتحار، ولذلك يجب أن تؤخذ على محمل الجد.

2 - **محاولات الانتحار السابقة:** بينت الدراسات أن ما يقرب من 80٪ من حالات الانتحار المكتملة سبقتها محاولات انتحار فاشلة، و ويرتفع

هذا المعدل لدى المرضى المودعين في المؤسسات العلاجية الذين حاولوا الانتحار مرة واحدة على الأقل.

3 - **تصريحات غير مباشرة وعلامات سلوكية:** إن الذين يخططون لإنهاء حياتهم يتحدثون في الغالب عن ذلك بطريقة غير مباشرة (كالحديث عن الارتياح أو الخلاص من هذه المشاكل والضغوط، والتفكير فيما سيحدث بعد موتهم). وتكون بعض التصرفات أكثر دلالة عن احتمال الإقدام على الانتحار لدى من يفكر في ذلك فقط (منها على سبيل المثال تعمد إيقاع الأذى بالنفس عن طريق الجروح المقصودة وعدم المبالاة أثناء عبور الشارع، والميل إلى المغامرات الخطرة أو المميتة، والتهور أثناء قيادة السيارة، أو البدء بتوزيع الممتلكات الخاصة أو المقتنيات الثمينة.. الخ).

4 - **اليأس**: يرتبط الشعور باليأس مع نية الانتحار ارتباط كبير يفوق الجوانب الأخرى في الاكتئاب. ويظهر الشعور باليأس من خلا التعبير عن فقدان الرغبة في الحياة والاستسلام للمشاكل المعقدة، والإفصاح عن الملل من العيش، والانخفاض الحاد في الدافعية نحو الأعمال والوظائف الاعتيادية، كعدم الذهاب إلى العمل، وضعف الاهتمام بأفراد الأسرة.

5 - **التسمم الكحولي**: تقدر بعض الدراسات أن أكثر من 25٪ من حالات الانتحار ترتبط بتعاطي الكحول بوصفه عاملاً مساهماً.

6 - **الزملات الإكلينيكية:** تشير التقارير إلى ارتباط المرض النفسي بالسلوك الانتحاري ارتباطا وثيقا، ففي أوربا مثلا تحدث 90٪ من حالات الانتحار ضمن سياق المرض النفسي. ويعد الاكتئاب أكثر الأمراض النفسية ارتباطا بالانتحار، فمعدل الانتحار لدى المكتئبين يزيد عشرين مرة عما هو لدى عامة الناس. كما إن الاضطرابات الوجدانية الأخرى و الإدمان على الكحول والمخدرات واضطراب الفصام واضطرابات النوم والأكل ترتبط أيضا بالسلوك الانتحاري (Hegerl et al, 2009).

7 - **الوضع الصحي:** تؤثر بعض الأمراض و الشكاوي الجسدية في زيادة خطر الانتحار. لكن بعض المشاكل الصحية تكون أكثر دلالة من غيرها، ومنها على سبيل المثال مرض نقص المناعة المكتسب (الإيدز) والسرطان، وبعض الإمراض المزمنة.

8 - **الاندفاعية:** فالأفراد الأقل سيطرة على السلوك الاندفاعي هم أكثر ميلا للانتحار.

9 - **التفكير المتصلب:** غالبا ما يمتاز ذوي الميول الانتحارية بالتفكير المتصلب، وأحسن مثال على ذلك يلخصه التصريح الأتي: "إذا لم أتمكن من إيجاد وظيفة خلال الأسبوع المقبل فسوف انتحر"

10 - **أحداث الحياة الضاغطة:** ترتبط زيادة عدد الأحداث اليومية الضاغطة ذات المآل السيئ بزيادة احتمالات الميل للانتحار، كما أن الأحداث الضاغطة الحالية تجعل الفرد أكثر عرضة لهذا الخطر،

فقد وجدت اليس وزملاؤها (Ellis et al, 1982) أن 52٪ من ضحايا الاعتداءات الجنسية المتعددة حاولوا الانتحار مرة واحدة على الأقل في حياتهم.

11 - **الخروج من المستشفى:** تشير الأرقام المتاحة من المستشفيات في الدول الغربية إلى ارتفاع واضح في معدلات السلوك الانتحاري خلال عطلة نهاية الأسبوع عندما يسمح للمرضى بالخروج مؤقتا من المستشفى، كما ترتفع هذه المعدلات بعد فترة قصيرة من مغادرة المستشفى.

أما بالنسبة للعوامل غير المباشرة فقد أجريت بعض الدراسات ومنها الدراسة المسحية التي أجريت على جماعة الأسكيمو في كندا، وحددت عدد من العوامل التي يبدو أنها تمثل أسباب غير مباشرة للانتحار وتشمل:

- الفقر.
- توافر الأسلحة وسهولة الحصول عليها.
- معاقرة الخمور وحدوث الاعتماد.
- سوابق تتعلق بمشاكل شخصية أو صحية أو عائلية.
- انتهاك جنسي أو بدني سابق. (منظمة الصحة العالمية، 2002: 192)

و ذكر مالتسبرجر (Mattsberger, 1988) خمسة عناصر أساسية في تقييم السلوك الانتحاري هي :

1 - تقييم استجابات المريض السابقة للضغوط. وخصوصا للخسائر.

2 - تقييم مدى تعرض المريض لأثر التهديدات الثلاثة: الوحدانية، واحتقار الذات، والغيظ (الغضب) القاتل.

3 - تحديد طبيعة ومدى توافر مصادر الدعم الخارجي.

4 - تقييم لخيالات الموت وأهميتها الانفعالية.

5 - تقييم قدرة المريض على اختبار الواقع الحقيقي.

وفي هذا المجال قدم موتو (Motto, 1989) نموذجا للفحص المناسب (عدد قليل من الأسئلة التي تطرح على المريض بخصوص الانتحار) في الحالات التي تتطلب سرعة في اتخاذ القرار (مثلاً في غرف الطوارئ أو في عيادة الإرشاد النفسي بالمستشفيات العامة). ويتضمن هذا الفحص الأسئلة الآتية:

1 - هل مرت عليك فترات من الشعور بهبوط النشاط أو عدم الاهتمام بالكيفية التي تسير بها حياتك؟

2 - ما هو طول الفترات السابقة؟ وكم تكررت؟ وهل كان من السيئ أن تحدث لك؟ وهل أدى اليأس إلى البكاء، أو اثر على النشاطات اليومية، أو على النوم أو على التركيز أو على الشهية؟

3 - هل تعاني من مشاعر اليأس والإحباط؟ أو النقد الذاتي؟ وهل هذه المشاعر قوية إلى درجة أن الحياة تبدو غير مجدية؟

4 - هل تتبادر الأفكار المتعلقة بالانتحار إلى ذهنك؟ وما مدى استمرار هذه الأفكار؟ وما درجة قوتها؟ وهل تتطلب جهود كبيرة لمقاومتها؟ وهل كان لديك أي دافع لتنفيذها؟ وهل قمت بوضع خطة لتنفيذ الانتحار؟ ما التفاصيل التي تتضمنها تلك الخطة؟ وهل سبق أن قمت بأي تجهيزات أو إجراءات أولية (مثل الاحتفاظ بالأدوية، أو شراء بندقية، أو حبل)؟ هل لديك أدوات مميتة وفتاكة في منزلك (كالأسلحة النارية، والسموم ..الخ؟).

5 - هل يمكنك التعامل مع هذه المشاعر والأفكار إذا تكررت؟ إذا كنت لا تستطيع التعامل معها فهل لديك دعم اجتماعي مناسب يساعدك في إدارتها؟

ومن خلال إجابات العميل يستطيع المعالج تكوين صورة عامة و واضحة عن الحالة الراهنة ومدى توجهه نحو الانتحار، مع وجود أو عدم وجود التفكير في الانتحار، أو محاولات سابقة أو وجود إجراءات أو إعداد خطة للانتحار، يصوغ المعالج خطة شاملة للعلاج والتدخل النفسي تتناسب مع الظروف الخاصة بكل المريض على حدة.

التدخل النفسي في الانتحار:

التدخل في الانتحار هو جهد مباشر لمنع الأشخاص الذين يحاولون أو يفكرون في الانتحار من قتل أنفسهم. ويعالج الطب الحديث مشكلة الانتحار

باعتبارها مشكلة نفسية وصحية في آن واحد. فالتفكير في الانتحار بشكل جدي أو التخطيط له، يمثل حالة من حالات الطوارئ الطبية التي تتطلب علاجاً فورياً، وقد يتم نقل المرضى إلى مراكز الرعاية الداخلية بإرادتهم أو بدون إرادتهم، ولذلك يتوجب على طبيب الطوارئ أن يقرر ما إذا كانت الرعاية الداخلية للمرضى في قسم الرعاية النفسية ضرورية أم لا. وتكون هذه الخطوة "ملزمة" عندما يؤكد عليها الطبيب. وبعد نقل المريض إلى قسم الرعاية الداخلية يجري الطبيب النفسي تقييم شامل لحالته، ويعمل على علاج أي مرض نفسي يكتشفه لديه، فعادة ما يؤدي العلاج الناجح للاضطرابات النفسية إلى اختفاء الأفكار الانتحارية. و ينصح العاملون في المهن الطبية أثناء التعامل مع الناس الذين كشفوا عن وجود خطط لقتل أنفسهم بضرورة تشجيعهم على التماس الرعاية الطبية على الفور، خاصة إذا توفرت لديهم أدوات الانتحار أو إذا كانوا قد وضعوا خطة مفصلة، أو قاموا بترتيبات محددة، أو اختاروا موعد محدد لتنفيذ الانتحار.

وقد أثبتت الأبحاث الميدانية فعالية التدخلات العائلية والمجتمعية، والتدخلات المعرفية السلوكية التي تهدف إلى منع تكرار السلوك الانتحاري لدى المراهقين من خلال تحسين مهارات حل المشكلة، وخفض الشعور باليأس والإدراك السلبي، وتحسين القدرة على ضبط وتنظيم المشاعر السلبية. ويتضمن علاج السلوك الانتحاري تحديد ومعالجة العوامل الكامنة وراء هذا السلوك، كالاكتئاب وتعاطي المخدرات ومصادر الضغوط الأسرية. ويتم في

البداية علاج الإصابات البدنية إذا وجدت لدى المرضى، و توفير مستوى ملائم من الرقابة لضمان أمنهم وسلامتهم من خلال إيداعهم في المستشفيات، وعندما يقل خطر الانتحار لدى المريض يقدم العلاج النفسي والطبي في العيادات الخارجية بهدف منع محاولات الانتحار مستقبلا (Berk et al., 2010).

ونظرا لان الانتحار يعتبر ظاهرة متعددة العوامل فان التدخلات التي تعالج المشكلة من مستويات متعددة هي أكثر فعالية من غيرها. ولا تزال بعض برامج التدخل الشامل قيد التنفيذ في عدد من دول العالم، فعلى سبيل المثال مولت المفوضية الأوربية مشاريع البحوث (ضمن برنامج الأطر السبعة) بهدف تحسين برامج الوقاية من الانتحار وتنفيذها {Optimizing Suicide Prevention Programs and their Implementation in Europe (OSPI-Europe)} وقد أطلق هذا البرنامج من اجل توفير العديد من الاختصاصين في مجال صياغة سياسات التدخل في الأقاليم الأوربية وفي المفوضية اعتمادا على البيانات وعلى مفهوم فعال للوقاية من الانتحار، جنبا إلى جنب مع المواد والأدوات المناظرة للتدخل متعدد الأوجه، والمبادئ الموجهة لعملية التنفيذ (Hegerl et al., 2009).

إن معظم حالات الانتحار يمكن الوقاية منها ومنع حدوثها، ونسبة ضئيلة فقط لا يمكن منعها أو التحكم بها خاصة حالات الانتحار التي ينفذها المرضى النفسيون، فهذه الحالات لا يمكن الوقاية منها في الغالب.

لكن معظم حالات الانتحار التي ترتبط بالسلوك الاندفاعي باعتباره رد فعل للضغوط النفسية الشديدة يكون من السهل على الأخصائي المتمرس التعامل معها وإقناع الأفراد بالعدول عن فكرة الانتحار. كما برهنت التجارب الدولية على فعالية الاستراتيجيات التي تتضمن تقيد الحصول على وسائل مؤذية (كالأسلحة والمواد السامة) في الحد من الانتحار، ومع ذلك فإننا بحاجة للاعتماد على مدخل متعدد للوقاية من الاكتئاب يتضمن العديد من الفعاليات ومستويات التدخل النفسي (Raper, 2010). فالهدف العام لمناهج الوقاية من الانتحار هو تقليل كل من: التفكير في الانتحار، ومحاولات الانتحار، والوفيات الناجمة عن الانتحار. وتصنف معظم استراتيجيات الوقاية من الانتحار ضمن فئتين هما:

1. الحد من عوامل الخطر في الانتحار.
2. والبحث عن الأفراد الأكثر عرضة للانتحار وإحالتهم للعلاج (بمعنى إيجاد الحالة).

وقد نفذت العديد من الاستراتيجيات ضمن الفئة الأولى وخرجت بنتائج متباينة (Isaac et al., 2009). إذ بينت بعض الأدلة أن الوقاية المناسبة والعلاج من الاكتئاب ومنع تعاطي الكحول والمخدرات يمكن أن تقلل من معدلات الانتحار ، فضلا عن أهمية المتابعة اللاحقة لأولئك الذين حاولوا الانتحار سابقاً. وهناك عدد من التدابير التي يمكن اتخاذها على

المستويين المحلي والوطني للحد من احتمال وقوع حالات انتحار جديدة، وتشمل هذه التدابير ما يأتي:

- الحد من فرص الحصول على أدوات الانتحار.
- علاج المرضى بالاضطرابات النفسية (وخصوصاً الاكتئاب والفصام وإدمان الكحول).
- المتابعة المستمرة للذين حاولوا الانتحار سابقا.
- التبليغ عن حالات الانتحار بطريقة مسؤولية في وسائل الإعلام.
- تزويد القائمين على الرعاية الصحية الأولية بطرق التعامل مع الأفراد المعرضين لخطر الانتحار، وتدريبهم على إجادة تلك الطرق بمهارة عالية.

وتعتبر المعلومات الدقيقة حول طرق الانتحار المفضلة مقدمة ضرورية وهامة لوضع الاستراتيجيات والبرامج الوقائية. فمعرفتنا بالطرق المستخدمة وتفاوتها عبر البلدان والأقاليم في العالم لا تزال محدودة. فمثلا هناك بيانات كافية تؤكد أن بعض الاضطرابات النفسية تلعب دوراً رئيسياً في البلدان الأوروبية، لكن علينا أيضا أن ننظر إلى العوامل ذات الصلة بالانتحار في البلدان الآسيوية حيث الاندفاع يلعب دورا أكثر أهمية، كما يجب أن نبحث عن العوامل ذات الصلة بالانتحار في دول العالم الثالث. نظرا لان إمكانية الوصول إلى وسائل الانتحار تختلف من بلد إلى آخر، فمثلا يمكن الوصول بسهولة إلى الأسلحة النارية في بعض المجتمعات العربية، ويتمكن المراهقون من الحصول على المواد السامة (كالمبيدات) في المناطق

الزراعية بسهولة. كما تشتمل الإجراءات البناءة لمنع الانتحار على تحسين الاستجابة ومواجهة الأزمات والمضي قدما في التطوير المجتمعي.

إن من أهم أسباب الانتحار هي محاولات الانتحار نفسها، لذلك ينبغي إجراء متابعة جيدة لمن حاولوا الانتحار سابقا، وتقديم البرامج التوعوية والعلاجية المناسبة لهم. يضاف إلى ذلك أن الوقاية من الانتحار أو منعه تتطلب تدخل جهات أخرى من خارج القطاع الصحي، وإتباع نهج ابتكاري شامل ومتعدد المجالات، بما في ذلك المجالات غير الصحية مثل مجالات التعليم والعمل والشرطة والعدل وعلماء الدين والقانون، والسياسة، ووسائل الإعلام. ويجب التركيز كثيرا على دور وسائل الإعلام في الحد من الانتحار، وعليها أن تتحمل مسؤوليتها في ذلك، لان تحويل عملية الانتحار إلى قضية إعلامية تنقل رسالة غير مباشرة للشباب بان هذا هو البطل أو الشجاع أو إن هذا الأسلوب هو أسلوب شجاع خاص بالأبطال أو المغامرين الأقوياء. لذلك علينا عبر وسائل الإعلام أن نقول للشباب ولكل من يحاول الانتحار أن هذه الطريقة ليست شجاعة ولا تمثل الشجاعة في شيء وأنها طريق للهروب، وهي أسلوب الجبناء والضعفاء الذين يخشون مواجهة مشاكل الحياة ويهربوا منها عبر الانتحار.

وعلى الرغم من أن التدخل النفسي في الانتحار يتضمن جوانب وخطوات متعددة تختلف من حالة إلى أخرى، إلا أن هناك عدد من الخطوات العامة

التي يتبعها المعالجون النفسيون أثناء تنفيذ عملية التدخل النفسي في أزمات الانتحار، وتشمل ما يأتي:

1 - تقييم التفكير بالانتحار مع الأخذ في الاعتبار مداه و وجود خطة فعلية من عدمها، والمحاولات السابقة والتاريخ الأسري.

2 - تقييم ومتابعة احتمال الانتحار بصورة متواصلة.

3 - إخطار الأسرة والأقرباء بان الفرد يفكر في الانتحار، ويطلب منهم ملاحظته على مدى 24 ساعة في اليوم إلى أن تنتهي أزمة الانتحار.

4 - مساعدة الفرد على إدراك الجوانب المعرفية التي تعزز الشعور باليأس وقلة الحيلة.

5 - كتابة عقد مع المريض يحدد ما الذي ينبغي عليه القيام به عندما يشعر بالأفكار أو النزعات الانتحارية.

6 - متابعة التزام الفرد باستخدام الدواء وفعاليته. والالتزام باستشارة الطبيب المعالج بصورة منتظمة.

7 - استكشاف مصادر الألم النفسي والشعور باليأس.

8 - تشجيع الفرد على التعبير عن مشاعره الخاصة بالانتحار حتى تتضح في ذهنه ويزداد استبصارا بأسبابها.

9 - تطبيق اختبار منسوتا المتعدد الأوجه للشخصية ومقياس بيك للاكتئاب، وتقويم النتائج للتوصل إلى درجة الاكتئاب لدى العميل.

10 - إجراء الترتيبات اللازمة لإدخال الفرد للمستشفى إذا شعر المعالج انه خطر على نفسه وعلى غيره.

11 - مساعدة الفرد كي يعثر في حياته على أشياء إيجابية تبعث الأمل في النفس.

12 - مساعدة الفرد في تطوير استراتيجيات مواجهة جديدة لمواجهة التفكير في الانتحار (مثلا: القيام بمزيد من الرياضة البدنية، التقليل من التركيز على الذات، زيادة اختلاطه بالناس، والتعبير عن مشاعره).

13 - وضع شعيره دينية أو شعيرة توبة للفرد الذي يفكر في الانتحار تدور حول تحريم قتل النفس والعقاب الذي يلقاه المنتحر في الآخرة، ونعمة بقاءه على قيد الحياة، وتنفيذ هذه الشعيرة مع الأشخاص الذين يتقبلون هذه الأفكار.

14 - مساعدة الفرد على إدراك العوامل الهامة التي سبقت تفكيره بالانتحار (جونجسما وبترسون، 1997: 147 -148).

وهناك ست خطوات إرشادية غالبا ما يتبعها الأخصائيون أثناء التدخل النفسي مع الأفراد الأكثر عرضة لخطر الانتحار وهي:

1 - إقامة علاقة إرشادية مرتكزة على الفرد، تعبر عن جو من التقبل والدعم والهدوء والثقة بشان المستقبل.

2 - من الضروري الحصول على معلومات كافية عن الشدة، والتردد، والمدة بالنسبة للتفكير في الانتحار. وطرح السؤال بشكل مباشر عن تصور الفرد للازمة؟ وتكرار وتسلسل الأحداث، ومشاعر الفرد، والمحاولات السابقة للتعامل مع الموقف الضاغط. وفي أثناء ذلك يجب أن يُظهر الأخصائي الدعم والتعاطف التام مع الفرد، ويتجنب استخدام عبارات مثل "أنا افهم" حتى يتيح للفرد التعبير كليا عن مشاعره وانفعالاته.

3 - توضيح طبيعة الضغط والمشكلة في الوقت الحالي، وتوضيح الحدث المشكل أيضا، والتعرف على العوامل الاجتماعية والثقافية التي قد يكون لها صلة بالأزمة الراهنة، وتطور الوعي بأهمية الأزمة في نظرة العميل الخاصة.

4 - تقييم احتمال الانتحار، وتقييم نقاط القوة ومصادر الدعم لدى العميل.

5 - توثيق المعلومات وبدأ تنفيذ خطة العلاج النفسي.

6 - تبلغ الجهات المسئولة التي ينتمي إليها الفرد -كالأسرة والمدرسة أو الجامعة وغيرها من المؤسسات الأخرى. وتحديد الموارد المتاحة ومنها على سبيل المثال إحالة الفرد إلى فريق التدخل في الأزمات الإقليمية (Thompson, 2004, P.48-49).

وأثناء تنفيذ عملية التدخل النفسي يضع الأخصائيون والمعالجون النفسيون عدد من الأهداف المرحلية التي يتوقع أن يسعى أخصائي التدخل في أزمات الانتحار إلى تحقيقها، وتشمل هذه الأهداف ما يأتي:

الأهداف المرحلية:

1 - تحديد العوامل الموجودة في حياة الفرد والتي سبقت تفكيره في الانتحار.
2 - أن يفيد بأنه لم يعد يشعر بالنزعة التي تدفعه للتخلص من حياته.
3 - خفض شدة وتكرار التفكير بالانتحار، على أن يظهر ذلك بوضوح في تصريحات الفرد نفسه.
4 - العودة إلى المستويات الطبيعية في النوم والأكل.
5 - أن يتمكن من التعبير الصادق عن المشاعر الكامنة وراء تفكيره بالانتحار.
6 - مناقشة الأفكار والخطط الخاصة بالانتحار مع الأخصائي النفسي.
7 - يقوم المريض بتحديد النواحي الايجابية في حياته.
8 - أن يعبر عن تزايد شعوره بالأمل في نفسه.
9 - تشجيعه على أن يبلغ شخصا قريبا منه أو متخصصا عندما يشعر بالنزعة نحو الانتحار.

10 - الالتزام باستعمال الأدوية الموصوفة له من قبل الطبيب، وان يبلغ الأخصائي بآثارها الجانبية.

11 - أن يلتزم ببنود العقد الذي وقعه مع الأخصائي.

12 - أن يتبع كل التوصيات الخاصة بأزمة الانتحار التي صدرت من قبل المتخصصين (مثلا مراجعة اقرب مركز للطوارئ الطبية، أو الاتصال بالخط الساخن، أو استشارة طبيب نفسي بأقصى سرعة). (جونجسما وبترسون، 1997: 146)

التدخلات الإكلينيكية المختصرة:

أثبتت الممارسات العيادية وبشكل مقنع أن استراتيجيات التدخل المختصرة تتساوى في فعاليتها مع الاستراتيجيات طويلة الأمد، ويمكن إجراء ذلك مع كل مريض بشكل فردي أو في مجموعات علاجية من قبل طبيب نفسي متمرس (Miller & Barber, 2002). وهناك أشكال متنوعة من العلاج النفسي والأدوية النفسية المتاحة لمعالجة الانتحار، مع الحرص على تصميم خطة العلاج النفسي لتلبي احتياجات كل مريض على حدة. وتهدف تقنيات العلاج النفسي المختصر إلى تقليل مشاعر الإحباط واليأس وفقدان القيمة الذاتية، وتغير أو إيجاد حل للظروف المحبطة. كما تسعى التدخلات النفسية إلى منع تكرار حدوث الاكتئاب، وتتضمن هذه التدخلات العلاج المعرفي السلوكي والعلاج البين شخصي. ويكون من المهم تكوين الألفة في العلاقة العلاجية حتى يتم تحضير المريض لمتابعة العلاج. ويمكن

أن يتحسن تقبل الفرد للعلاج من خلال وضوح التقدم في العلاج وفرض واجبات منزليه في فترات زمنية متباعدة، وتذكير الفرد بالواجبات عن طريق التلفون أو البريد الإلكتروني، وتحلي المعالج بالمرونة عند متابعة هذه الواجبات وخاصة إذا كانت ستؤدي إلى تأزم العلاقة بين الطرفين. ومن بين طرق التدخل النفسي قصيرة الأمد يميل الباحثون كثيرا إلى العلاج المعرفي السلوكي، والعلاج البين شخصي.

1- العلاج المعرفي- السلوكي:

يركز التدخل المعرفي -السلوكي في الانتحار على الأفكار التلقائية التي تؤثر في الانفعالات والسلوك. و الفكرة الأساسية في هذا المدخل هي تصفية المعلومات التي يتم تشربها عبر نظم المعتقدات والتي تستثير الأفكار المتعلقة بمعنى الموقف أو الحدث الحالي. فنحن نتعلم أن نواجه ونتكيف مع بيئتنا وفقا لنظام معتقداتنا بطرق سليمة أحيان، وأحيانا بطرق مضطربة أو مدمرة للذات. ويبدأ العلاج المعرفي السلوكي مع مرضى الانتحار من خلال الكشف عن دوافع الانتحار لدى الفرد، فمعرفة هذه الدوافع يتيح للمعالج أن يكتشف ما إذا كان الانتحار يمثل الطريقة الوحيدة لتحقيق أهداف الفرد، أم لا؟. ومن التقنيات الرئيسية في العلاج المعرفي السلوكي تدريب الأفراد على التشكيك في مصوغات الأفكار التلقائية السلبية عند ظهورها، والفحص المنطقي لمعتقداتهم وتكييف تلك المعتقدات عندما تبدوا غير منطقية. كما يتم تدريبهم على تقنيات التعليمات الذاتية لوقف من اجترار الأفكار الخاصة بالفشل أو الحد منها، وتنشيط المزيد من الأفكار

التلقائية الايجابية. وقد قامت برنت وبولنج 1997 (Brent & Poling, 1997) بتطوير برنامج علاجي منتظم اعتمادا على هذه المبادئ يتكون من 12 إلى 16 جلسة أسبوعياً تليها مرحلة التدعيم والتعزيز لمدة ستة أشهر، إلى جانب اطلاع المرشد النفسي التربوي على اضطرابات المزاج وعلاجها (Shaffer et al., 2001). كما طور لنهان و هارد وارمسترونج 1994 (Linehan, Heard, & Armstrong, 1994) برنامج معرفي سلوكي يعرف باسم العلاج السلوكي الجدلي أو الديلكتيكي (Dialectical Behavioral Therapy). ويتضمن العلاج السلوكي الجدلي تطوير استراتيجيات ترتكز على مواجهة المشكلة (Problem-oriented Strategies) لتمكين الفرد من اتخاذ قرارات أكثر اتزاناً. حيث يعتمد هذا البرنامج العلاجي على النظرية البيواجتماعية التي وضعت لمعالجة النساء ذوات التوجهات الانتحارية المزمنة وشخص لديهن اضطراب الشخصية الحدية. وتركز الإجراءات العلاجية هنا على خصائص أربع مجالات في مشكلة الانتحار، وهي أكثر الخصائص التي وجدت لدى المرضى الذين يشكون من مشكلات نفسية متعددة، وهذه المجالات هي:

أ - وجود تشوش وارتباك بخصوص الذات.

ب - الاندفاع.

جـ - عدم الاستقرار العاطفي.

د - المشكلات البين شخصية (Miller & Barber, 2002).

وعندما يطبق العلاج السلوكي الجدلي مع المراهقين فانه يتضمن (12) جلسة أسبوعية يصاحبها جلسات في العلاج النفسي الجماعي. ومجال التركيز الأساسي والديلكتيكي في العلاج هو التأكيد على التغير والتقبل. وعلى هذا النحو يعمل المعالج على تغير استراتيجية المواجهة إلى الاستراتيجية المركزة على المشكلة وبشكل متزن مع استراتيجية التقبل. ويطبق العلاج السلوكي الجدلي أربعة وحدات من المهارات السلوكية تهدف إلى زيادة السلوكيات القادرة على التأقلم وخفض السلوكيات المناهضة للتكيف العام. وتشتمل هذه الوحدات على الانتباه العقلي (الانتباه إلى خبرة واحدة)، وتحمل الضيق أو الكرب، والتنظيم الانفعالي، ومهارات الفاعلية البين شخصية. وقد اظهر العلاج السلوكي الجدلي نتائج واعدة في علاج أنماط محددة من الانتحار، ومعالجة الأفراد الأكثر صعوبة، كالمصابين باضطراب الشخصية الحدية. وتقليل عدد أيام البقاء في المستشفى، والانقطاع عن العلاج، والغضب. (Linehan et al., 1994)

2- العلاج البين شخصي:

يركز العلاج البين شخصي على المشاكل المرتبطة بالعلاقات الشخصية لدى الفرد، وغالبا ما تنفذ جلسات العلاج بنجاح خلال 12 أسبوع وبواقع جلسة واحدة أسبوعيا، بالإضافة إلى الاتصالات التلفونية المتكررة. وهناك إجراء يعرف بالعلاج البين شخصي للمراهقين المكتئبين، وهو في الأصل علاج نفسي محدد طوره كلرمان وزملاؤه (Klerman et al., 1984) لعلاج الاكتئاب لدى الكبار في العيادات الخارجية، وتم تكيفه على المراهقين،

بحيث أصبح يركز على قضايا النمو الشائعة لدى المراهقين كالانفصال عن الوالدين، واستكشاف السلطة في العلاقة مع الآباء، والتطور في العلاقات البين شخصية الثنائية، و وفات قريب أو صديق، وضغوط الأقران. وقد قارنت إحدى الدراسات بين مجموعة من المراهقين الذين خضعوا للعلاج البين شخصي لمدة 12 أسبوع، والمراهقين الذين خضعوا فقط للمراقبة الإكلينيكية، و وجدت انخفاض كبير في أعراض الاكتئاب، وتحسن الأداء الاجتماعي ومهارات حل المشكلات الاجتماعية لدى المراهقين الذين عولجوا بالعلاج البين شخصي.

3- برامج العلاج الأسري:

يعتبر الإرشاد الأسري من أهم أساليب التدخل النفسي الفعالة مع أزمات الانتحار، ويهدف إلى منع الانتحار والوقاية منه انطلاقا من أهمية العوامل البنائية ولاسيما في الأسر ذات التاريخ العائلي في الانتحار، أو التي انتحر احد أعضائها مؤخرا، حيث أصبح من المعروف أن أنماط التفاعل الأسري لها دور كبير في التعجيل بالانتحار وفي الوقاية منه. وقد وجد الباحثون أن الإرشاد الأسري باستخدام الأسلوب المعرفي السلوكي يساعد أفراد الأسرة على تطوير أساليب جيدة في الوظائف البين شخصية، وتصحيح الاختلال الوظيفي في التفكير.

4- العلاج بالعقاقير:

يقلل عقار الليثيوم (Lithium) من تكرار محاولات الانتحار بنسبة ثمانية أضعاف لدى الراشدين المصابين بالاضطراب ثنائي القطب أو

بغيره من اضطرابات المزاج الرئيسية. كما اتضح أيضا فعالية الأدوية المثبتة للمزاج ومضادات الاكتئاب في التخفيف من محاولات الانتحار. وبينت الدراسات أن مثبطات إعادة امتصاص السيرتونين تحد من التفكير بالانتحار لدى البالغين لكن العلماء لا يزالوا يتحققوا من فعاليتها لدى المراهقين. وبالنسبة للمرضى بالفصام أو باضطراب الفصام الوجداني اتضح أن علاج الكولازبين يقلل من خطر الانتحار بنسبة تتراوح بين الاقتراب من معدل الانتحار في عموم السكان أو تقل عنه بمقدار خمسة مرات. ومع ذلك لم يثبت تجريبيا فعالية هذه الأدوية في منع الانتحار. وتضل الآمال معلقة على تفاعل كل الجهات والمؤسسات المعنية بالصحة النفسية والتربية والإعلام من اجل التقليل من التفكير بالانتحار في أوساط الشباب، وتقليل محاولات الانتحار، وتحسين نظرة الشباب للحياة وزيادة فاعلية مهارات المواجهة لديهم. كل ذلك من خلال تبني الدول برامج تكاملية تستند إلى نتائج الخبرات العالمية في منع الانتحار والوقاية منه.

الفصل الثامن

التدخل النفسي في أزمات الإرهاب

مقدمة:

تبرز ظاهرة الإرهاب في المجتمعات المعاصرة من خلال العنف الذي يلحق الضرر المادي و المعنوي بالآخرين، فكثيرا ما ترتبط العمليات الإرهابية بأبعاد اقتصادية وسياسية (شوية، 2008). وتترك آثار نفسية واضحة لدى الضحايا وأقربائهم. وفي هذا الفصل سنركز على الآثار النفسية والاجتماعية التي يخلفها الإرهاب لدى الناجين، والمراقبين لأحداثه، واستراتيجيات التدخل النفسي أثناء الهجمات الإرهابية. حيث تؤدي التهديدات الإرهابية إلى بث الرعب والخوف في نفوس الناس بسبب التوقعات بان الهجمات المقبلة قد تؤدي بحيات احد المقربين، بالإضافة إلى القلق العام من الهجمات المحتملة في المستقبل، ويمكن لهذه الأحداث التي تهدد الحياة والاستقرار أن تؤدي إلى أزمة حادة، أو نوبة من اضطراب الضغوط التالية للصدمة. ولذلك من الضروري بالنسبة لكل المهنيين والمتخصصين في مجال الأزمات أن يكونوا قادرين على الاستجابة في وقت مبكر، وإجراء تقيم سريع للسلوك الخطر، وتقديم العلاج في الوقت المناسب بعد الهجمات الإرهابية (Wainrib & Bloch,1998).

الآثار النفسية للهجمات الإرهابية:

يترتب على الإرهاب ردود فعل نفسية اشد وأطول من ردود الفعل التالية للكوارث الطبيعية. فالهجمات الإرهابية تهدف بطبيعتها إلى نشر الذعر والفزع والقلق وعدم اليقين لدى كثير من الناس. كما إن هناك خصائص عدة للإرهاب تزيد من حجم وشدة تأثيراته النفسية منها عدم وجود تحذيرات مسبقة من الوقوع الوشيك للهجمات الإرهابية مما يؤدي إلى اختلالات في المجتمع وفي أسلوب حياة الناس. فعدم وجود الإنذار بالهجمات الإرهابية يمنع الأفراد من اتخاذ الإجراءات الوقائية المادية والنفسية. وخلافا لضحايا الصدمات التقليدية، يتعرض ضحايا الإرهاب لسلسلة واضحة ومتمايزة من الظروف الاستثنائية التي تميزهم نوعياً عن ضحايا الأنواع الأخرى من الأزمات. والاعتبارات التالية يمكن أن تفسر السبب في اختلاف نظرة العالم لضحايا الإرهاب عن النظر لغيرهم من الضحايا الذين تعرضوا لنفس القدر، أو أكثر، من العنف المروع، وهذه والاعتبارات هي:

أولا- إن الإرهاب لا يمكن التنبؤ به، ليس ذلك فقط، بل هو أيضا من صنع الإنسان، ومتعمد، وتكون ردود الفعل النفسية تجاهه أكثر قوة وأطول من ردود الفعل تجاه الكوارث والأزمات الأخرى. وقد أشار فلين (Flynn,

(1996 إلى جوانب أخرى تميز الهجمات الإرهابية منها أن عدم وجود تحذيرات سابقة يؤدي إلى عدم الإلمام بالتفاصيل الهامة عن الحدث؛ كتحديد نطاق وطبيعة الدمار، وتحديد اضطرابات النظام الاجتماعي التي تؤثر على المجتمع بأكمله. وبالرغم من أن بعض هذه الخصائص قد توجد في الحروب التقليدية، إلا إن الإرهاب يختلف عنها في أنه يركز كثيرا على الدوافع الأيدولوجية بدلاً من الدوافع السياسية والجغرافية البحتة. يضاف إلى ذلك أن الحروب التقليدية لها نهاية محددة، بينما الإرهاب -عندما يركز على التغير الأيدولوجية بدلا من التركيز على أهداف جغرافية وسياسية - قد لا ينتهي أبدا.

ثانيا -إذا كانت الكوارث التقليدية تؤثر على الضحايا وعلى العاملين في مجال الطوارئ والتدخل في الأزمات، فان الإرهاب يؤثر على جمهور كبير يتجاوز الضحايا المباشرين كثيراً. فقد تبين من خلال دراسات شوستر وزملائه (Schuster et al., 2001) بعد هجمات 11 سبتمبر في الولايات المتحدة أن تأثيرات هذه الهجمات تجاوزت كثيرا النطاق المستهدف، ولوحظت ردود الأفعال النفسية تجاه الضغوط لدى الناس في عموم البلاد، وظهرت أعراض جوهرية لدى 44٪ من البالغين و 35٪ من الأطفال. وتضمنت هذه الأعراض (ذكريات مزعجة، وصعوبات في التركيز، واضطرابات النوم، والشعور بالعصبية وسرعة الانفعال). ولذلك يمكن

القول أن الإرهاب يسبب **"أزمة من خلال الملاحظة"** تؤثر على أناس لا يتعرضون مباشرة للعمليات الإرهابية.

ثالثا -وهو الأهم، هو كيف يشكل الإرهاب تهديد شخصي مستمر في مجتمعات معينة. فخلافا للأزمات المنفصلة، يستمر خطر الإرهاب وينتشر كثيرا ويتطلب يقظة مستمرة، وهذا المستوى من الحذر والتيقظ غير شائع في الكوارث والأزمات الأخرى. وعلى العكس من الكوارث والأزمات الأخرى أيضا فان الناس في معظم أن لم يكن في كل الحالات؛ لا يملكون خبرات شخصية عن تأثير الهجمات الإرهابية. ولذلك لا شك أن هذه الهجمات تخلف عواقب نفسية كبيرة مقارنة بأي كوارث أو أزمات أخرى. فقد ذكرت بعض التقارير بعد التفجيرات التي وقعت في مدينة أوكلوهما أن الضحايا المباشرين (من الناجين) والمراقبين غير المباشرين (من سكان أوكلوهما) ظهرت لديهم أعراض جوهرية لاضطراب الضغوط التالية للصدمة. كما أشارت بيانات أخرى في أعقاب هجمات 11 سبتمبر إلى أن أعراض هذا الاضطراب كانت شديدة لدى الأشخاص الأكثر قربا من الموقع الفعلي للهجمات. بل إن تلك الأعراض ظهرت لدى 75٪ من معارف ضحايا أحدى الأحداث الجوية في بريطانيا. (See: Mansdorf, 2008)

و وجدت الدراسات التي أجريت على أقارب ضحايا مجزرة الحرم الإبراهيمي في الخليل أن 34.4٪ من أقارب الضحايا استجابوا لمعيار الحرمان الناتج عن الخبرة الصادمة، وكانت درجات الإناث على المقياس أعلى من درجات الذكور، في حين انخفضت درجات الزوجات والأبناء. وكان القلق والاكتئاب لدى الإناث أقل منه لدى الذكور (El- Bedour et al., 1999). وأظهرت دراسة بلير وزملاؤه (Blair et al., 2004) أن 21٪ يعانون من أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة، وان اغلب المستجيبين (74٪) اهتموا بأمن العائلة، بينما اهتم (61٪) بالأمان الشخصي.

وقام اوجر (Auger, 2004) بدراسة الصدمة النفسية المرتبطة بأحداث 11 سبتمبر لدى الطلاب في الولايات المتحدة الأمريكية و وجد أن 74٪ من الطلاب المشاركين في عينة الدراسة يعانون من التوتر النفسي وبدرجات تتفاوت بين المتوسط والشديد، وظهرت المستويات المرتفعة جدا لدى (58٪) منهم. و وجدت بعض الدراسات العربية التي أجريت في فلسطين أن 32٪ ممن يعيشون في قطاع غزة يعانون من أعراض سيكوسوماتية (نفس بدنية) و17٪ من أعراض الاكتئاب. وأكد الباحثون أن جميع فئات الشعب الفلسطيني يتعرضون لصدمات مستمرة نتيجة لعدم استقرار الوضع السياسي بشكل خاص، بالإضافة للصدمات التي يتعرضون لها بسبب فقدان الأعزاء أو بسبب تكرار اجتياح الجيش الإسرائيلي لقطاع غزة، أو بسبب

إصابة أو اعتقال أحد الأقرباء، فضلا عن الأحداث الصادمة الأخرى التي تولد صعوبات كثيرة في التكيف النفسي والاجتماعي لدى كثير من أفراد الشعب الفلسطيني. كما بينت إحدى الدراسات الميدانية أن المراهقين الذين تعرضوا لمواقف صدمية بسبب العنف أو الاحتلال ظهرت لديهم أعراض نفسية مشابهة لأعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة التي تظهر لدى الراشدين، وتتضمن الكوابيس، والتبلد الانفعالي، وتجنب أي شيء يذكرهم بأحداث العنف، والاكتئاب، والتعود على المخدرات، وافتعال المشاكل مع الأقران، والسلوك العدواني.

التدخل النفسي في أزمات الإرهاب:

ظهرت في السنوات القليلة الماضية اهتمامات متزايدة بالآثار طويلة المدى للأحداث الصدمية الشديدة على الأطفال والراشدين، وزادت الحاجة لتقديم خدمات فاعلة وسريعة للتقليل من الآثار السلبية لهذه الأحداث لدى الضحايا ولدى أقربائهم ولدى من يساعدونهم على حد سواء (Carroll et al.,1997). ويعتبر الإرهاب والصدمات النفسية الجماعية من بين أكثر الأحداث المخيفة والمدمرة انفعاليا، ومع ذلك يجب أن يدرك الأخصائيون بان ردود الفعل لدى الناس ليست أعراض مرضية ولا تبشر باضطراب نفسي لاحق. فهذه الحالات تعني أن الناس مروا بصدمات سببت لديهم ضيق وكرب شديدين، ويحتاجوا لتدخل مجتمعي، أو تدخلات إكلينيكية أحيانا.

وفي بعض الحالات تظهر استجابة الضغط بشكل عابر لدى بعض الناس بعد العمليات الإرهابية والإصابات الجماعية. وقد تتكرر هذه الاستجابات من حين لآخر حتى بعد سنوات من وقوع الحادث. وهذا يعني أن هؤلاء الناس سيحتاجون لخدمات التدخل النفسي – بدلا من التشخيص الإكلينيكي والعلاج التقليدي -التي تساعدهم على تجاوز هذه الأزمات والعودة إلى الحياة الطبيعية.

إن استعادة الوظائف النفسية والاجتماعية للناجين من الأحداث الإرهابية والصدمات العنيفة يعد أمراً بالغ الأهمية. ومع ذلك لا يوجد إجماع يستند إلى دلائل تطبيقية يحدد التدخل الفعال (Hobfoll et al., 2007). وغالبا ما يعتمد التدخل النفسي مع ضحايا الإرهاب على وسائل العلاج النفسي التقليدية التي تستخدم مع الاضطرابات النفسية بشكل عام كاضطراب الضغوط التالية للصدمة واضطراب الضغط الحاد واضطرابات التوافق. وهناك عدد قليل من النماذج الشاملة في الممارسات المهنية الحالية خاصة بالتقييم والتدخل في علاج الأزمات الناجمة عن الهجمات الإرهابية. فقد أدرك العلماء أن الضغط المستمر والخوف الشديد لدى أي جماعة تعيش تحت وطأة التهديدات باحتمال الهجمات الإرهابية يزيد من ضرورة التدخل المرتكز على الأزمة في مثل هذه الحالات ولدى جميع الناس (Roberts, 2005b). لكن تطبيق نموذج للتدخل النفسي مع الناجون من الهجمات الإرهابية يتطلب إجراء تقييم دقيق للفرد وللأسرة وللعوامل البيئية

المحيطة. وقد ذكر روبرتس 2002 "إن الأزمة غامرة بطبيعتها، والاستجابة لها تتضمن تغير انفعالي شاق". حيث تسبب أزمات الإرهاب فقدان الوعي الذي يختلف عما يحدث في بعض الحالات الطبيعية والمستقرة، ولذلك من الطبيعي إلا تنجح أساليب المواجهة الاعتيادية في هذه الحالة.

وتتطلب إجراءات التدخل النفس في الأزمات الناتجة عن العمليات الإرهابية توفير أماكن هادئة تسمح للناس بالتفكير بهدوء، وإعادة تنظيم إمكاناتهم وصفوفهم. ويجب أن يتذكر الأخصائيون الإكلينيكيون أثناء التدخل في هذه الأزمات أن الناس يحتاجوا للإحساس بمشاعر السعادة والألم التي تشكل جزء ضروري للنمو والتكيف مع الأزمة، وان كلا هذه المشاعر يمكن أن تتعافى بشكل جيد أو تتذبذب طول فترة التدخل النفسي. وقد يؤدي التدخل المبكر إلى تكيف فعال وسريع (Dziegielewski & Sumner, 2008).

ووفقا للمركز القومي لاضطراب الضغوط التالية للصدمة في الولايات المتحدة هناك عدد من الخطوات التي يمكن للأفراد أن يتخذونها عقب الكوارث للحد من أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة، والتكيف مع قليل من الإحساس بالصحة النفسية. وهذه الخطوات هي:

أولا: ينبغي على الفرد بعد الكارثة أن يجد مكان هادئ للاسترخاء، وان يحاول النوم على الأقل لفترة قصيرة. بعدها يجب أن يتم تقييم الحالة لتأكيد مدى حاجته لخلق الشعور بالأمل والأهداف.

ثانيا: على الفرد أن ينخرط في عدد من النشاطات الإيجابية التي من المحتمل أن تلهيه عن الذكريات المؤلمة وعن ردود الفعل تجاه الحدث الصدمي.

ثالثا: يجب عليه أن يراجع طبيب نفسي أو مرشد نفسي كي يساعده في علاج أعراض الاكتئاب وأعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة، أو أي أعراض أخرى تستمر لفترة أكثر من شهر واحد.

ويجب على كل الاختصاصين الإكلينيكيين والمعالجين والمرشدين قبل أن يستهلوا عمليات التدخل النفسي مع ضحايا الصدمات والأزمات المختلفة بما فيها الأزمات الناجمة عن الهجمات الإرهابية، أن يقوموا بإجراء تقييم شامل للازمة وللفرد. ويحرصوا على الوصول إلى الناس في وقت مبكر بعد التعرض للصدمة بحيث يتمكنوا من الحيلولة دون تطور ردود الفعل الحادة إلى اضطرابات الضغوط المزمن. وتعتبر الخطوات الآتية أول ثلاث خطوات هامة في إدارة اضطراب الضغوط التالية للصدمة بشكل عام، وهي:

1. تقيم درجة الخطورة/ أو الأمان، تجاه الذات والآخرين.
2. النظر في نوع ومدى الأضرار في الممتلكات و/أو الأضرار الجسدية وما إذا كانت الأضرار مستمرة (كالتفجيرات الإرهابية مثلا).

3. **تقييم مدى استجابة الفرد ودرجة إحساسه بالألم، وهل هو مدرك لما حدث؟ أم انه في حالة صدمة انفعالية، أو تحت تأثير الأدوية أو المخدرات؟.**

ويستحسن في مثل هذه الحالات أن يوضح الأخصائي النفسي للمصابين ولعائلاتهم أن المشاعر وردود الأفعال التي تظهر لديهم أو لدى أقربائهم هي حالة طبيعية قد تتلاشى مع الوقت، لكن إذا استمرت لفترة زمنية تزيد عن شهر أو كانت شدتها مقلقة بدرجة ملحوظة فمن الأفضل حينها إحالة الضحايا والمتضررين من الأزمة إلى مركز للعلاج النفسي.

خطوات التدخل النفسي في أزمات الإرهاب:

هناك أسلوبان من أساليب التدخل في أزمات الإرهاب يختلف الأسلوب الأول عما يستخدمه معظم الإحصائيين الإكلينيكيين في العلاج النفسي الاعتيادي، ويركز على ضرورة امتداد خدمات الأخصائيين النفسيين أثناء وقوع الهجمات الإرهابية إلى المدى الذي تلبى فيه احتياجات الصحة العامة ضمن نطاق واسع في المجتمع. أما الأسلوب الثاني فيعتمد على أسلوب العلاج الفردي، والعلاج ضمن مجموعات صغيرة وخاصة مع الذين ظهرت لديهم أعراض مبكرة للصدمة (تفاعلات الضغط الحاد). ويفضل بعض الخبراء تطبيق نموذج روبرتس (انظر الفصل السابع) للتدخل النفسي في أزمات الإرهاب. لكننا سنتعرض في هذا الفصل عدد من إجراءات التدخل النفسي التي أكد على فعاليتها بعض الباحثين أمثال هوبفل وزملاؤه وفريدمان وديفدسون (Hobfoll et al., 2007; Friedman & Davidson,

(2007 وفقا لهؤلاء العلماء يتكون برنامج التدخل النفسي في الأزمات الناجمة عن الإرهاب من خمس خطوات هي:

1- تعزيز السلامة:

يهدف الإرهاب إلى الإخلال بالنظام الاجتماعي، وتدمير الإحساس بالأمن والطمأنينة لدى عامة الناس، ولذلك تمتد تأثيراته إلى ما بعد المتضررين مباشرة، وهذه هي طبيعة الإرهاب والصدمات التي تهدد حياة كثير من الناس أو تهدد أحبائهم والأشياء الثمينة في حياتهم. وباتساق مع الشعور بالخسارة والفقد، يتسم تقييم الناس للموقف بأنه غير آمن ويتضمن خطر مستمر. و يشار إلي هذه الحالة أحيانا بـ**"فقدان الدرع الواقي"**. ولذلك يجب على الأطباء والمعالجين النفسيين الاهتمام كثيرا بالشعور النفسي بالأمن والسلامة لدى الناس، كما هو الحال بالنسبة للناجين من الاغتصاب، وفي الواقع يجب أن يتأكد الأطباء من توافر السلامة الحقيقية للمتضررين من هجمات الإرهاب، ومساعدتهم في وضع خطط السلامة، حتى إذا كانت السلامة التامة غير ممكنة. فالهدف الرئيسي للتدخل هو استعادة الدرع الواقي، والمساعدة في تقدير الشعور بالأمان، ودعم القرارات والإجراءات التي من شأنها أن تعزز الأمن والسلامة. وفي البداية يجب مساعدة الناس على الانتقال إلى ظروف أكثر آمناً. وينبغي على العاملين في مجال التدخل أن يتعاونوا مع وسائل الإعلام لنقل رسائل واضحة ومحددة عن أساليب تحقيق السلامة، ومراكز الدعم النفسي والطبي، وتطبق في هذه الحالة مبادئ النمذجة، وخاصة مع طلاب المدارس إذا كان الوقت لا يزال متاحا أمامهم.

إن إحدى الأدوات التي يمكن استخدامها لزيادة الشعور بالآمن هي العرض الدقيق لاحتمالات التعرض لتهديدات أخرى، وهذا لا يعنى حث الناس على المخاطرة، لكنه يعني انه إذا أراد الناس أن يقدم لهم الأخصائيون شيء يحافظ على سلامتهم فان عليهم أيضا أن يتعاونوا معهم ويستجيبوا لتوجيهاتهم، ويتطلب ذلك حث الناس على المبالغة في رد الفعل تجاه الهجوم، حيث تعد هذه الاستراتيجية مفيدة في حث الناس على الاستجابة بطريقة ملائمة (Hobfoll et al., 2007). وفي الوقت نفسه يجب أن يسعى الأخصائيون النفسيون إلى مقاطعة تعميم مثيرات ما بعد الصدمة التي تجعل الناس يربطوا مثيرات ما بعد الصدمة مع مثيرات الحدث الأصلي. وتتم هذه المقاطعة من خلال العلاج بالتعرض، وخاصة عبر المزج بين التعرض الحي والتعرض الخيالي (Bleich, Gelkopf & Solomon, 2003). فقد ثبت فعالية هذا الأسلوب العلاجي مع ضحايا الإرهاب والإصابات الجماعية بالرغم من أنه صمم خصيصا لعلاج ضحايا الاغتصاب. ويركز العلاج على تعليم العملاء التمييز بين صورة الصدمة وفقدان "المثيرات التي تستثير وتولد السلوك"، وتطوير إدراك واستراتيجيات مواجهة أكثر تأقلما، واستخدام تقنية الإحاطة وتعزيز شعور الناس بالسلامة. هذا بالإضافة إلى نقطة هامة هي نقل الأفراد إلى مناطق آمنة نسبيا لان ذلك يزيد كثيرا من تعزيز الشعور بالسلامة ويمثل أول خطوة في العلاج النفسي مع ضحايا الصدمات العامة الكبرى كالإرهاب. والجدول رقم (3) يلخص استراتيجيات تعزيز الأمن والسلامة لدى ضحايا الإرهاب.

الجدول رقم (3). استراتيجيات تعزيز الأمن والسلامة لضحايا الإرهاب.

الهدف:	الاستراتيجيات:
السلامة البدنية: • التقييم الطبي (فبعض المصابين بصدمة نفسية لا يدركون أنهم تعرضوا لجروح بدنية). • التشجيع على إجراء تقييم واقعي للحدث الصادم والتوقعات المستقبلية. • تحديد التهديدات الحقيقية للسلامة. • وضع خطة لإدارة الأزمة الحالية والتهديدات المستمرة.	• الفحص الطبي للكشف عن احتمال وجود إصابات بدنية. • توفير بيئة آمنة. • تفنيد مبالغة الفرد في تقييم الخطر. • وضع خطة السلامة. • معالجة المشاكل. • التدريب على ردود الفعل النفسية للضغوط الحادة. • إعادة توجيه تركيز الأفراد من التركيز على الجوانب التي خرجت عن سيطرتهم إلى التركيز على الجوانب التي تقع ضمن سيطرتهم. • توفير معلومات دقيقة عن المخاطر المستقبلية.
السلامة الانفعالية: • استعادة الشعور بالقوة والسيطرة. • تطبيع ردود الفعل الحادة تجاه الصدمة. • تعليم الناس استراتيجيات التأقلم والتكيف وتقنيات التنظيم الذاتي (كالتدريب على طريقة التنفس).	

2- التهدئة:

تتضمن ردود الفعل للعمليات الإرهابية حالة شديدة من الخوف والقلق والضيق النفسي، والشعور بالارتباك والتشوش، ويحتاج الناس في هذه الحالات إلى تهدئة من أشخاص يطمئنون لهم ويصدقون كلامهم. ولذلك على الأخصائيين النفسيين أن يبذلوا جهود كبيرة من اجل تطمين الناس

وتهدئتهم، باستخدام بعض الاستراتيجيات التي تحقق أهداف التدخل النفسي، كتلك الاستراتيجيات التي تظهر في الجدول رقم (4).

جدول رقم (4) بعض استراتيجيات التهدئة في عملية التدخل النفسي مع ضحايا الإرهاب.

الهدف:	الاستراتيجيات:
• التخفيف من شدة القلق. • استعادة التنظيم البدني الذاتي. • الحد من الخدر الانفعالي. • الاقتراب الحذر من مسببات القلق. • تحسين العناية بالذات. • الحد من التعرض غير الضروري للعوامل السببية. • الحد من خطر الاضطرابات النفسية في المستقبل.	• تعليم نفسي يتعلق بردود الفعل تجاه الضغوط. • التهدئة الذاتية. • النوم الصحي.

ويجب أثناء التدخل أن يوضح للناس بان الأعراض التي تظهر لدى البعض منهم لا تعني أنهم مرضى نفسيين، لكن إذا كانت هذه الأعراض شديدة إلى درجة أنها تعطل الوظائف اليومية الاعتيادية كالنوم وتناول الطعام والعناية بالذات واتخاذ القرار، في هذه الحالة يتوجب تقديم العلاج النفسي المناسب، وينصح في الغالب باستخدام استراتيجيات العلاج المعرفي -السلوكي كالاسترخاء والخفض التدريجي للحساسية، وتعديل أخطاء التفكير، وتدريبات توكيد الذات (Benight et al., 2000).

لكن هناك أدلة علمية تشير إلى عدم فعالية هذه الاستراتيجيات في منع ظهور اضطرابات نفسية لاحقة، وإن انجح المعالجات النفسية والدوائية هي

تلك التي تهدف إلى إعادة التنظيم الذاتي وتهدئة الانفعالات المتطرفة التي تخرج عن نطاق سيطرة الفرد، أو المزمنة (Follette, & Ruzek, 2006)

3- تعزيز الشعور بالفعالية الذاتية والمجتمعية:

إن احد أهم تأثيرات الصدمة هو شعور الناس بعدم الكفاءة (Benight, 2004) ولذلك يجب أثناء التدخل النفسي العمل على عكس هذه النظرة السلبية للذات وتغير الشعور بالعجز إلى الشعور بالكفاءة. وقد وجد الباحثون أن التدخل يكون فعالاً إذا استهدف كفاءات محددة يحتاج إليها الناس بعد الصدمات، بدلا من التركيز على كفاءات عامة، ويساعد هذا النوع من التدخل في زيادة فعالية العلاج أيضا. وفي الواقع فان معظم استراتيجيات التدخل التي ناقشناها في الخطوات السابقة يكون لها تأثير كبير في استعادة الشعور بالكفاءة الذاتية والمجتمعية. حيث يشعر الناس أن بإمكانهم استعادة أمنهم وآمن عائلاتهم وأطفالهم، ويسطروا على مجريات حياتهم، وهذه هي معنى الفعالية الذاتية في الغالب. والجدول رقم (5) يتضمن بعض استراتيجيات استعادة الشعور بالكفاءة.

جدول رقم (5). بعض استراتيجيات التمكين خلال عملية التدخل النفسي مع ضحايا الإرهاب.

الهدف:	الاستراتيجيات:
• استعادة الشعور بالقوة والسيطرة. • التمكين. • الحد من مشاعر اليأس. • ترسيخ الشعور بالكفاءة. • تعزيز تماسك الجماعة.	• إدارة الحالة. • التدخلات المجتمعية بالتعاون مع الوكالات المحلية التي توفر الموارد والدعم المالي. • بناء المهارات. • حل المشكلات. • التأييد والمناصرة. • المشاركة في بناء الموارد.

4- تعزيز التواصل مع الآخرين:

يعتبر تعزيز الدعم والاتصال الاجتماعي أثناء المواقف العصيبة من الخطوات الهامة التي لا تقدر بثمن، لان العمليات الإرهابية والحوادث الجسيمة تؤدي إلى فقدان بعض الأقرباء أو الأصدقاء، ويكون للعلاقات الاجتماعية والمساندة الاجتماعية دورا هاما في التخفيف من وطأة الصدمة (Andrews, Brewin, & Rose, 2003). وفي تعزيز القدرة على التحمل من خلال التكاتف والمواساة أثناء المحنة. وهذا ما يدفع أخصائي التدخل النفسي إلى إعادة تنظيم وترتيب وسائل الاتصال بين الجماعات والأفراد ممن تقطعت بهم السبل نتيجة للحادث، معتمدا في ذلك على عدد من الاستراتيجيات التي تحقق له بعض الأهداف الملحة، كتلك المعروضة في الجدول رقم (6) الآتي:

جدول رقم (6). بعض استراتيجيات التواصل الاجتماعي التي يركز عليها الأخصائي النفسي في عملية التدخل النفسي مع ضحايا الإرهاب.

الهدف:	الاستراتيجيات:
• التشجيع على استخدام المصادر الحالية في التواصل الاجتماعي. • ربط الأفراد بمصادر جديدة للدعم الاجتماعي. • الحد من أي تدهور إضافي في المساندة الاجتماعية. • الحد من الوصول إلى المصادر السلبية التي تقوض عملية الدعم الاجتماعي.	• مجموعات المساندة والدعم/ بيئة مساندة. • إدارة الحالة • اللجوء إلى الدين. • تدريبات نفسية حول أهمية المساندة الاجتماعية. • تفنيد الفرضيات الخاطئة التي تتعارض مع طلب المساعدة الاجتماعية. • إنشاء حدود فاصلة. • التنويع بين مصادر الدعم حتى لا يثقل على مصادر معينة.

وتتضمن المساندة الاجتماعية نمطا مستديما من العلاقات المتصلة أو المتقطعة التي تلعب دوراً هاماً في المحافظة على وحدة النفس والجسم في حياة الفرد. فالشبكة الاجتماعية للفرد تزوده بالإمدادات الاجتماعية والنفسية وخاصة في ضل الأحداث الصدمية، بهدف المحافظة على صحته النفسية (Caplan, 1981). ويكون للمساندة الاجتماعية اثر كبير لدى الأطفال والمراهقين أثناء الهجمات الإرهابية والمواقف العصبية، ويتوقف تكيفهم مع الأزمات إلى حد كبير على نوع الدعم الذي يتلقونه وخاصة من الأهل والمعلمين (Gammonley & Dziegielewski, 2006). ولذلك يجب على الأخصائي النفسي أن يوفر مثل هذه المصادر لمساندة الأطفال والمراهقين في المواقف العصيبة، أو على الأقل يبحث عن اقرب الناس إلى الطفل،

فالمساندة الاجتماعية التي تتضمن قدر من الحميمية في العلاقة مع الطفل توفر الدعم النفسي والاجتماعي الملائم، وتجعله يشعر بالأمان، وتؤدي إلى نتائج ايجابية كبيرة في صحته النفسية.

5- زيادة التوقعات الإيجابية:

يؤدي رفع التوقعات الإيجابية لدى الناس إلى تحقيق أهدافهم الخاصة وتقليل الشعور بعدم الفعالية والكفاءة. فقد تبين أن الأكثر شعورا بالإيجابية يكونوا أكثر فعالية في مواجهة الضغوط والأزمات. وهناك استراتيجيات عديدة لتعزيز الشعور بالأمل والإيجابية نلخصها في الجدول (7).

جدول (7) استراتيجيات تعزيز الشعور بالأمل والإيجابية خلال التدخل النفسي مع ضحايا الإرهاب.

الهدف:	الاستراتيجية:
• تعزيز الشعور بالتماسك. • تحديد أهداف إيجابية. • تشجيع التعامل الإيجابي. • التشجيع على المرونة في التكيف الاجتماعي.	• توفير تقييم دقيق للأضرار ومحاولات التحسن. • التركيز على الإيجابيات. • تحويل انتباه الفرد من التركيز على الجوانب الخارجة عن السيطرة إلى الجوانب الخاضعة للسيطرة. • إعادة البناء المعرفي. • التخطيط للقيام بنشاطات سارة. • استخدام أهداف قابلة للتحقيق "**تحقيق نجاحات صغيرة**".

ويرى بعض الأطباء والمعالجين النفسيين أن تقديم العلاج النفسي في وقت مبكر بعد الأحداث الصدمية يعد جزء هام ضمن سلسلة متصلة من

الرعاية الشاملة. لكن البعض يشككوا في فعالية العلاج النفسي المبكر، ويؤكدوا بأن بعض الأفراد لا تتطور لديهم أي مشاكل نفسية بعد الهجمات الإرهابية. بينما تظهر بعض المشاكل الخفيفة التي لا تحتاج إلى تدخل نفسي لدى آخرين، والقليل فقط يعانون من مشاكل نفسية تتطلب تدخلات نفسية ودوائية، من أهمها اضطراب الضغوط التالية للصدمة واضطرابات القلق والاكتئاب وإساءة استخدام الأدوية والمخدرات واضطرابات التكيف (Bisson, Brayne, Ochberg & Everly, 2007). كما تبين أيضا من خلال نتائج الدراسات الميدانية أن التدخل النفسي لا يمنع ظهور الاضطرابات النفسية فيما بعد، وأكد الباحثون أن ردود الفعل السلوكية تجاه الصدمة تظهر لدى معظم الأفراد الذين يتعرضوا لهجمات إرهابية لكنها لا تتطور بالضرورة إلى أعراض لاضطرابات نفسية تتطلب تدخلاً إكلينيكياً. فالأعراض النفسية قد لا تظهر أبدا بعد الأحداث الإرهابية، وفي حالة ظهورها فإنها تتذبذب بين الخفيفة والشديدة. فقد سجل الباحثون ردود الفعل النفسية بعد الهجمات الإرهابية و وجدوا أنها تتراوح بين عدم وجود أي من الأعراض السلوكية العابرة، وتمتد لتصل إلى الأعراض الشديد لاضطراب الضغوط التالية للصدمة. يضاف إلى ذلك أن الأعراض النفسية تقل بشكل دال مع مرور الوقت، وان الأعراض التي تبقى لفترة من الزمن لا يكون لها أي دلالة تشخيصية ترتبط بمرض نفسي محدد، ولا تحتاج إلى علاج أو تدخل نفسي من قبل أخصائي العلاج والصحة النفسية. كما إن هناك بيانات علمية تشير إلى أن ظهور الأعراض السلوكية بعد الهجمات الإرهابية تحتاج فقط "**للإسعافات النفسية**

الأولية" بدلا من التدخل الإكلينيكي الرسمي . بل إن هناك دراسات تشكك في الحاجة لأي نوع من أنواع التدخل النفسي على الإطلاق ولهذا افترض عدد من الباحثين أن الاضطرابات النفسية الشديدة لا تكون نتائج حتمية للهجمات الإرهابية.

ومهما يكن، فإن الإجراءات التطبيقية للتدخل النفسي مع الناجون من العمليات الإرهابية يجب أن ترتكز على الأسس السيكولوجية للتدخل النفسي في الأزمات بشكل عام، بحيث يحرص أخصائيو التدخل على توفير مجموعة عناصر في عملية التدخل، ويحافظوا عليها من اجل تحقيق تقدم ملموس. وهذه العناصر تشمل ما يأتي:

1 - الحفاظ على استمرار وعي الفرد بالحادث وبمن حوله.

2 - الحفاظ على آمن وسلامة الناجون من الحادث.

3 - استخدام الأساليب النفسية في تهدئة وتطمين الناس.

4 - تسجيل البيانات الهامة والضرورية عن كل شخص تطبق معه إجراءات التدخل، والاحتفاظ بهذه البيانات في سجلات محددة يسهل الوصول إليها.

5 - توجيه المتضررين إلى مراكز الدعم والمؤسسات التي تقدم الخدمات التي يحتاجون إليها وفقا لحالاتهم.

6 - الحرص على إحالة المصابين بإصابات بدنية كبيرة إلى المستشفيات والأطباء القادرين على مساعدتهم وتوفير المعالجات اللازمة لهم.

7 - توفير خطوط اتصال مفتوحة مع الضحايا، وميسرة لهم.

8 - المتابعة المستمرة للمتضررين وإجراء تقييم دوري لحالاتهم ولمدة لا تقل عن عشرة أشهر.

وعندما يتأكد المعالجون وأخصائيو التدخل النفسي في الأزمات بان كل المتضررين من العملية الإرهابية قد تم تأمين احتياجاتهم الأساسية، وأصبحوا في أوضاع اجتماعية ونفسية مستقرة نسبيا. يتم إحالتهم إلى المؤسسات والمراكز التي تقدم لهم خدمات الإرشاد والعلاج النفسي بشكل منظم. ويفضل استحداث مراكز مخصصة لهذا الغرض تقدم فيها كافة أشكال الرعاية والدعم النفسي والطبي وخدمات إعادة التأهيل، ورعاية الأطفال والمراهقين. بحيث يتم التأكد بان كل الناجون من العملية أُعيد تأهيلهم ليكونوا مواطنين صالحين قادرين على الإنتاج والعطاء.

الفصل التاسع

التدخل النفسي في الأزمات الناتجة عن التعايش مع فيروس نقص المناعة المكتسب: نموذج مقترح

تمهيد:

إن تشخيص الإصابة بفيروس نقص المناعة المكتسب (الإيدز - HIV) يشكل صدمة شديدة، تتبعها ردود فعل نفسية واجتماعية مختلفة لدى الفرد وأسرته، حيث يؤدي ظهور وتكرار أعراض الإيدز الجسدية إلى استثارة فترات من الضغط النفسي التي قد تتداخل مع الوظائف النفسية للمريض (Cote and Pepler, 2005). فقد كشفت الدراسات عن وجود علاقة قوية بين الأعراض الجسدية الناتجة عن الإصابة بفيروس نقص المناعة المكتسب وشدة المعاناة النفسية لدى المصاب، التي تتمثل في الشعور بالصدمة وفقدان السيطرة على الانفعالات، والغضب والتوتر، والإجهاد النفسي والقلق، وإنكار المرض وخاصة في بداية اكتشافه، والخوف من المرض والشعور بالعجز، وتأنيب الذات لاسيما عندما يشعر الفرد بأنه مؤذ أو ضار أو عار على عائلته. وقد تتدهور علاقاته الأسرية بمجرد تشخيص الإصابة بالفيروس، فيشعر الفرد بأنه منبوذ من قبل المجتمع المحيط ويعيش معزولاً عنه وخاصة عن الأقارب والأهل والأصدقاء (الخزاعي، 2010).

وبالنسبة لكثير من الناس يشكل تشخيص الإصابة بفيروس الإيدز أعباء نفسية وجسدية واجتماعية شديدة، ويصبح التعايش معه وإدارته أكثر تعقيدا. حيث يشعر الأفراد بالوصمة الاجتماعية وتدهور صحتهم البدنية بسبب أعراض المرض، والآثار الجانبية للأدوية المضادة للفيروس،

وتغير الاستجابات المناعية. كما إن الشعور بلوم الناس لهم يؤثر سلبا على صحتهم النفسية والجسمية، الأمر الذي يقلل من مستوى جودة الحياة لديهم، وعدم الانتظام في تناول العلاج (Abel, Rew, Gortner & Delville, 2004). ويزداد خطر التعرض للأمراض البدنية والاضطرابات النفسية لديهم عندما لا يستطيعوا مشاركة أفكارهم ومشاعرهم مع الآخرين وتخفيف العبء الانفعالي الذي يشعرون به. وعلى العكس عندما يتمكنوا من التعبير عن مشاكلهم ومناقشتها مع الآخرين، حيث يؤدي ذلك إلى التقليل من الانفعالات السلبية، وإعادة التنظيم المعرفي (Pennebaker & Seagal, 1999).

إن التعايش مع فيروس نقص المناعة المكتسب يعني الحاجة إلى التعامل مع مزيج من أنواع مختلفة من التحديات النفسية الناجمة عن التعرض لخسائر متعددة، وعن الخوف والقلق وعدم اليقين، والشعور بالخزي والعار، والشعور بالذنب، ولوم الذات، والوصمة الاجتماعية. فمثلا قد يعني تشخيص المرض فقدان الصحة والأصدقاء والعمل والاستقلال المالي، والعلاقات الحميمة، وفقدان الدعم الأسري. ولا يقف الأمر عند هذا الحد بل يمتد إلى القلق على الأبناء، وكيف سيواجهون خبر إصابة الأب أو الأم بالفيروس؟ وكيف سيتعاملون مع المشكلة مستقبلا ؟ (Kaleeba & Ray, 2002). وهذا ما يزيد من مشاعر العزلة الاجتماعية والرفض لديهم. كما أن الأفكار المزعجة المتعلقة بالشك وعدم القدرة على التراجع

عن الإصابة بالعدوى تؤدي إلى الشعور بالاكتئاب واليأس وقد يصل الأمر إلى محاولة الانتحار أو الانتحار فعلا.

وقد يؤدي وجود هذا العدد الكبير من التحديات والتوتر إلى تسريع تطور المرض، وتتسبب الضغوط بإعاقة النظام المناعي لدى المصاب، وهكذا فان تجربة مستويات عالية من الضغوط والتوتر تجعل صحة المتعايشين مع فيروس نقص المناعة أكثر صعوبة، والتي يمكن أن تزيد من مستويات الضغوط لديهم. وعلى الرغم من ذلك إلا إن العديد من المتعايشين مع الفيروس لا يزالوا قادرين على إدارة حياتهم والحفاظ على توازنهم النفسي. (Plattner & Meiring, 2006)

وتتوزع ردود الفعل تجاه تشخيص الإصابة بالفيروس في خمس مراحل تأتي في مقدمتها مرحلة الإنكار (Denial) حيث يرفض الفرد فكرة إصابته بالمرض وينكر وجوده و وجود أعراضه لديه. وربما يرفض المرضى إجراء التحاليل والفحوصات الطبية التي تساهم في اكتمال عملية التشخيص. وفي المرحلة الثانية يظهر رد الفعل الحزين ويتضمن الحزن والغضب والغيظ والشعور باليأس، والمرور بحالة من الإحساس بالذنب عندما يظن أن تصرفاته سببت له الإصابة بمرضه. وفي نفس الوقت يكون في حيرة ويتردد في إخبار الآخرين عن إصابته بالفيروس ولا يجد الطريقة ولا الظروف المناسبة لنقل هذا الخبر إلى أفراد أسرته. لأنه لا يعرف ماذا ستكون ردة فعلهم، بسبب وصمة العار المرافقة للمصابين بهذا المرض في

المجتمع. وتعرف المرحلة الثالثة بالمساومة (Bargaining) حيث يبدأ الفرد بإدراك وجود المرض ويحاول التفكير في انتقاء الشخص المناسب لإخباره بهذا السر الذي أثقل كاهله. أما في المرحلة الرابعة فتظهر لديه أعراض واضطرابات نفسية مختلفة ترتبط بالصدمة، وتعبر عن اختلال تكيفه النفسي، وتشمل هذه الأعراض والاضطرابات كل من القلق والاكتئاب، واليأس، والانسحاب الاجتماعي، والشعور بالوحدة، وعدم تقبل الذات أو الآخرين، ويعاني البعض من كراهية الذات ويحاولوا الانتحار، ويرجع السبب في ذلك إلى إدراك الفرد لإصابته بالفيروس وتيقنه بأنه اكتسبه لا محالة، يمر المريض بفترة من الاكتئاب والإحباط لأنه يعلم أنه لا يوجد علاج يمكن أن يخلصه من هذا المرض وإنما توجد أدوية مضادة تقلل فقط من تناسخ الفيروس. ويبدأ الشعور بالخوف من مضاعفات المرض ولاسيما الخوف من الموت. وفي نفس الوقت قد تتراوح في ذهنه أفكار انتحارية، لذلك يكون في أمس الحاجة للمساندة الاجتماعية في هذه المرحلة، التي تعينه على تجاوز محنته النفسية والوصول إلى المرحلة الأخيرة (مرحلة التقبل Acceptance) التي يتقبل فيها الفرد إصابته بالمرض ويسلم به كأمر واقع لا مناص منه.

وعلى الرغم من المشاكل النفسية والاجتماعية والاقتصادية المرتبطة بفيروس نقص المنعة المكتسب، إلا انه لا يزال بالإمكان التخفيف من هذه المشاكل من خلال التدخل والعلاج النفسي والطبي. كما أن

التحديات المرتبطة بتشخيص المرض تختلف من فرد إلى أخر، فهناك من يتعرضون لتغيرات كارثية ليس فقط على مستوى العلاقات الشخصية والعمل، ولكن أيضا على المستوى الجسدي، وصورة الذات، وتقدير الذات. ونتيجة لذلك قد يتغير سلوكهم ويكونوا أكثر ميلا للانسحاب والعدوانية بسبب الشعور بالوصمة وانخفاض القيمة الاجتماعية لديهم. وعادة ما يعاني حديثو الإصابة من الخوف بسبب حاجتهم للتكيف مع نمط حياة مختلف وجديد. ويكون من الصعب عليهم تقبل الإصابة بالمرض، ويعانوا بالتالي من الصدمة وعدم التصديق و الإنكار.

ولذلك يعد الدعم النفسي والاجتماعي من الضروريات بالنسبة لهؤلاء الأفراد ويحتاجون للتوجه والإرشاد من قبل الأخصائيين النفسيين ذوي الخبرة في هذا المجال. كما يحتاجون إلى التثقيف الصحي والتأكيد عليهم بضرورة اتخاذ الاحتياطات اللازمة والحرص على عدم نقل المرض إلى الآخرين، ويشمل ذلك عدم ممارسة الأنشطة الجنسية غير الشرعية، ويتم في الوقت نفسه حثهم وتدريبهم على ممارسة حياتهم بطريقة طبيعية قدر المستطاع. وتعتبر جلسات الإرشاد والعلاج النفسي الجماعية التي تضم مجموعة من الأشخاص المتعايشين مع المرض، من أساليب العلاج النفسي الفعالة في تقديم الدعم الاجتماعي. حيث يتمكن الفرد خلال الجلسات من مشاركة الآخرين المشاكل التي يواجهها، والطرق التي يستخدمها في مقاومة الصعوبات والضغوط النفسية والاجتماعية التي تصبح جزء من

معاناته، وتؤدي هذه المشاركة إلى زيادة ثقة الفرد بنفسه ويتعلم خلالها أساليب جديدة للمواجهة والتعايش، وتزيد من قدرته على مواجهة المرض. حيث يدرك أنه ليس الوحيد الذي يعاني من هذا الداء ولا يحاربه بشكل فردي، مما يقلل من وطأة المعاناة من الأعراض النفسية الناجمة عن التعايش مع الفيروس. يساعده على ممارسة حياته بشكل أفضل (الدباغ، 2008).

وتركز معظم البرامج العلاجية الموجهة إلى هذه الفئة من الناس على الأدوية التي تخفف من شدة الأعراض البدنية ومن تأثيراتها، والعقاقير الطبية التي تطيل العمر، وغيرها من المعالجات ذات الطابع الطبي. وقليل من هذه البرامج تهتم بالآثار النفسية للصدمة التالية لتشخيص المرض لدى الفرد. لكننا لم نعثر على برنامج تكاملي في التدخل النفسي موجه للمتعايشين مع عوز المناعة المكتسب، سواء في الأدبيات الأجنبية أو العربية. ولذلك سنقدم في الصفحات القليلة القادمة نموذجا مقترحا في التدخل والعلاج النفسي الهادف إلى معالجة الأعراض والاضطرابات النفسية، والتخفيف من آثار الصدمة لدى المتعايشين مع عوز المناعة المكتسب ولدى أسرهم.

مكونات برنامج التدخل النفسي:

يتكون النموذج المقترح في التدخل النفسي من ست خطوات رئيسية هي:

7- **المقابلة الإكلينيكية**، وتشمل إجراء ما يأتي:

أ- الفحص النفسي الأولي.
ب- تقييم مستوى الأزمة لدى العميل.
جـ - تشخيص الاعتلال النفسي.

8- تكوين خطة العلاج والتدخل النفسي.
9- تنفيذ برنامج التدخل النفسي.
10- تقييم فعالية البرنامج.
11- إنهاء جلسات العلاج والتدخل النفسي.
12- المتابعة اللاحقة.

1- **المقابلة الإكلينيكية:** وتشمل

أ- الفحص النفسي الأولي:

يعتمد الفحص النفسي على الإجراءات التقليدية المتبعة في فحص الحالات النفسية حيث يستخدم المعالج صورة مختصرة من منهج دراسة الحالة والفحص النفسي. ويجب أن يجمع المعالج معلومات عامة دقيقة ومختصرة عن الفرد تتعلق بالجوانب الشخصية (كالعمر والجنس والتعليم والحالة الاقتصادية.. الخ) والاجتماعية (تشمل البناء الأسري، والحالة الاجتماعية والعلاقات بين أفراد الأسرة ، وعدد الأبناء، ونمط الأسرة من حيث كونها أسرة ممتدة أو أسرة نووية، ...الخ). بالإضافة إلى الجوانب المتعلقة بإصابته بفيروس نقص المناعة المكتسب، كتاريخ تشخيص المرض، والأعراض البدنية والنفسية التي ظهرت لديه حينها،

والأعراض الحالية، والأدوية التي يتناولها حاليا، وجرعاتها، ودرجة شعوره بالتحسن. كما يطبق المعالج أيضا عدد من الاختبارات والمقاييس التشخيصية لتقييم الأعراض النفسية كمقياس الصحة النفسية المعدل -90، ومقاييس بيك للاكتئاب واليأس، وأي مقاييس نفسية أخرى لتقييم القلق، والميل إلى الانتحار.

ويركز الجزء الأخير من الفحص النفسي على فحص الحالة العقلية، ويتضمن ذلك تقييم الذاكرة، والانتباه، والتوجه في الزمان والمكان، والوعي بالذات، ودرجة إدراك الفرد لإصابته بفيروس نقص المناعة المكتسب وموقفه منه، واضطرابات الأكل والنوم والسلوك الجنسي، ومدى وجود هلاوس أو أوهام، والقدرة على اتخاذ القرار في هذه الفترة. ويختتم الفحص النفسي بتشخيص أولي يحدد فيه الأعراض أو الاضطرابات النفسية المترافقة مع عوز المناعة المكتسب. ومن أولويات المعالج النفسي في هذه المرحلة التأكد من خلو الفرد من الاضطرابات الذهانية كالفصام والاكتئاب الشديد والاضطرابات الذهانية الأخرى كالذهان المختصر، واضطراب الفصام الوجداني، أو الاضطرابات النفسية عضوية المنشأ، خاصة وان البعض قد يحاولون إيذاء أنفسهم بعد اكتشاف إصابتهم بالفيروس، وقد يصل الأمر إلى محاولة الانتحار. فإذا اكتشف المعالج وجود أدلة تكفي لتشخيص أي من الاضطرابات الذهانية لدى العميل اتجه نحو دراسة التاريخ المرضي السابق وشدة الاضطراب ومدته وتحديد الأدوية

المضادة للذهان (Antipsychotic drags) التي تتناسب مع الحالة ولا تتعارض مع غيرها من الأدوية المضادة لفيروس نقص المناعة التي يتناولها المريض.

أما إذا لم يكن هناك أي من الأعراض الذهانية، وجاء المريض يشكوا من القلق والضيق والتوتر والأرق، وغيرها من الأعراض والعلامات ذات العلاقة باضطرابات القلق، ففي هذه الحالة يتوجب على المعالج التعمق أكثر في الحالة النفسية للمريض، وتشخيص الاضطراب النفسي بدقة. وقد يلجا إلى استخدام بعض المهدءات و مضادات القلق إذا كانت الحالة تستوجب ذالك، ما لم فسيتجه إلى جلسات العلاج النفسي.

ويجب أن يقوم بالفحص النفسي مهني محترف في مجال العلاج والتدخل النفسي من اجل ضمان دقة وسلامة التشخيص الذي ستبنى عليه كل إجراءات التدخل النفسي في الخطوات التالية.

ب- تقييم مستوى الأزمة لدى العميل:

يركز المعالج النفسي في هذه الخطوة على التقييم النفسي والطبي الشامل وخاصة ما يتعلق بتقييم درجة الخطورة على الذات والآخرين (تقييم مخاطر الانتحار والسلوك العنيف) وتقييم استراتيجيات المواجهة والآليات التي يستعين بها الفرد في التكيف والتأقلم مع الوضع الراهن، وموقف العميل من تعاطي المخدرات والكحول، وغير ذلك من القضايا الهامة ذات العلاقة بفيروس عوز المناعة المكتسب.

ويجب أن يتضمن التقييم معلومات دقيقة عن الأدوية المستخدمة والكميات التي يتناولها، وآخر جرعة تم تناولها، والأعراض الانسحابية التي ظهرت لديه مؤخرا. بالإضافة إلى تقييم العوامل الوقائية، وأساليب ومصادر المواجهة الداخلية والخارجية، ودرجة امتداد الأسرة وترابطها، وشبكة الدعم النفسي والاجتماعي، والمعلومات المتوفرة عن مؤسسات الدعم الرسمية في المنطقة التي يعيش فيها العميل. ففي المرحلة التطورية للأزمة الناتجة عن تشخيص الإصابة بفيروس الإيدز يتجه كثير من الأفراد إلى الانعزال عن الآخرين، ولا يتمكنوا من تحديد الأشخاص القادرين على مساعدتهم في مواجهة هذه الأزمة. ويستطيع الأخصائي النفسي الإكلينيكي تشجيعهم (مباشرة أو عبر الهاتف والبريد الإلكتروني، و المواقع الاجتماعية في الأنترنت أو الرسائل النصية القصيرة) على مراجعة الأشخاص القادرين على تقديم المشورة بشأن أفضل الطرق لمواجهة الأزمات المدمرة للذات، كالأزمات الناتجة عن حالات الإدمان المتعددة، والإفراط في شرب الخمور، وسلوك إيذاء الذات، أو الاكتئاب. ويحدد لهم الجهات والمؤسسات التي تقدم الدعم الطبي، أو المساندة الاجتماعية (Roberts, 2005)، والمؤسسات أو منظمات المجتمع المدني التي تقدم الدعم المعلوماتي على اقل تقدير.

جـ - تشخيص الاعتلال النفسي:

لا شك أن جزء كبير من المهام المحددة في هذه الخطوة يتم إنجازها في الخطوتين السابقتين، ومع ذلك يهتم المعالج هنا بتحديد المشكلات

الرئيسية التي تتطلب تدخلا نفسيا مهنيا أكثر من غيرها، ويوضح ذلك للعملاء، ويقوم بتوقيع الاتفاقية العلاجية مع كل واحد منهم وذلك بهدف الحرص على الالتزام وتنفيذ التدريبات العلاجية والواجبات المنزلية.

وقد رصد الباحثون عدد من المشكلات التي يعاني منها المتعايشون مع فيروس عوز المناعة المكتسب من أهمها القلق والاكتئاب واليأس، واضطراب الضغوط التالية للصدمة. ولذلك يجب أن يحرص المعالج النفسي على الدقة في تشخيص هذه الاضطرابات، ومدى وجودها لدى الفرد. ويوضح له معنى كل عرض على حدة، ولماذا ظهرت هذه الأعراض أو الاضطرابات لديه، وكيف تمثل جانب مكمل للصورة الطبية عن عوز المناعة المكتسب، والاستراتيجيات العلاجية التي تساعد في التخلص أو التخفيف منها.

وفي هذه المرحلة يسعى المعالج إلى تكوين علاقة علاجية مع العميل (قد يحدث ذلك في المرحلة الأولى) لان نقل الاحترام والتقبل يشكل حجر الزاوية في هذه المرحلة. و يجب على المعالج أن يتيح للعملاء فرصة كافية للحديث عن مشكلاتهم. فإذا بداء العميل بالحديث عن منزله أو الحيوان المفضل لديه يفترض أن تكون هذه النقطة هي التي يبدأ منها المعالج أيضا. ويجب على المعالج أن يكون محايدا، يضاف إلى ذلك أن قيم ومبادئ المعالج يفترض إلا تكون موضع نقاش مع العميل. ومن المهارات الهامة أثناء

التدخل النفسي في الأزمات ضرورة أن يحافظ المعالج على الاتزان والهدوء، وأناقة المظهر . (Lewis & Roberts, 2001)

2- تكوين خطة العلاج والتدخل النفسي:

يحرص المعالج النفسي في هذه المرحلة على بناء خطة علاجية متكاملة تحدد بوضوح إجراءات التدخل النفسي التي سيطبقها مع المتعالج . ويفضل أن تنفذ جلسات العلاج ضمن مجموعات علاجية من اجل تحقيق الأهداف العلاجية التي تركز على الدعم والمساندة الاجتماعية. وبشكل عام نوصي بان يتضمن البرنامج العلاجي الاستراتيجيات التالية.

3- تنفيذ برنامج العلاج والتدخل النفسي:

يركز المعالج النفسي في الجلسات العلاجية على أساليب العلاج والتدخل النفسي الآتية:

- الاسترخاء العضلي والتهدئة النفسية.
- إجراءات السلامة العامة.
- تصحيح الأفكار الخاطئة.
- الإرشاد الأسري.
- الإرشاد الديني.
- تشكيل مجموعات المساندة والدعم.
- العلاج المرتكز على الحل (حل المشكلة).

وسنتناول مكونات البرنامج بالتفصيل فيما يأتي:

- **الاسترخاء العضلي والتهدئة النفسية:**

من أولى خطوات التدخل النفسي مع أي شخص يعاني من حالة التوتر والقلق مهما كان سبب ذلك. حيث يهدف الاسترخاء إلى إحلال حالة بدنية مناقضة للحالة الفسيولوجية والعضلية التي يستثيرها القلق والتي تتضمن التوتر والشد العضلي والافتقاد إلى الهدوء والارتياح النفسي والبدني. ولذلك يعمل الاسترخاء كاستراتيجية في العلاج النفسي على خفض التوتر وخلق نوع من السكينة والاستقرار البدني لدى الفرد.

- **إجراءات السلامة العامة:**

نركز في هذه الخطوة على تذكير المشتركين بإجراءات السلامة العامة التي تقيهم من الإصابة بالأمراض الموسمية كالأنفلونزا ونزلات البرد والملاريا مثلا، والإصابة بالجروح، وحثهم على الحفاظ على سلامة الآخرين وأمنهم الصحي من خلال الحرص على عدم نقل المرض للآخرين وذلك عبر استخدام وسائل الاتصال الآمنة بهم (كاستخدام الواقي الذكري أثناء الاتصال الجنسي، والاحتفاظ بأدوات خاصة بعيدا عن متناول الآخرين كالحقن الطبية وأدوات الحلاقة). مع الحرص على تناول الأدوية التي قررها الطبيب المعالج لتخفيف الأعراض أو لعلاج المرض.

- **تصحيح الأفكار الخاطئة:**

إن الإصابة بعوز المناعة المكتسب ستؤدي إلى البحث عن كل ما يعرفه الآخرون عن هذا المرض، ويكون المصاب عرضة لتصديق كل ما يسمعه عنه، لذلك يجب على المعالج النفسي أن يصحح معلومات الفرد

عن هذا الداء ومراحله والمدة الزمنية التي يقضيها في المتوسط قبل أن تظهر أعراضه أو قبل أن يقضي على حياة المصاب به، والإمكانيات العلاجية الحديثة المتوفرة لعلاجه، وأماكن تواجدها.

- **الإرشاد الأسري:**

عندما يكتشف أفراد الأسرة أن احدهم مصاب بفيروس نقص المناعة المكتسب ستظهر لديهم ردود فعل متباينة، وأكثرهم سيعتريه الهم والقلق والخوف والتوتر ، والرؤية المضطربة للأمور، وقد يحتاج هؤلاء للالتحاق ببرنامج في الإرشاد النفسي الأسري. ومن أساسيات هذا البرنامج تركيز المعالج على الجوانب النفسية والجسدية والاجتماعية والاقتصادية والجنسية المترتبة على تعايش الفرد والأسرة مع هذا المرض. كما لا بد أن يوضح لأفراد الأسرة ملابسات انتقال العدوى للفرد المصاب، وإجراءات السلامة الضرورية لضمان عدم انتقال الفيروس إلى بقية أفراد الأسرة، وتصحيح الأفكار الخاطئة عن التعايش مع الفيروس، وإعادة التكيف والاتزان النفسي داخل الأسرة ولدى أعضائها أيضا.

وفي هذه الحالة، ولضمان أن تعم الفائدة، يفضل أن يعقد المعالج جلسات جمعية للإرشاد الأسري يشترك فيها كل الراشدين في الأسرة (من تزيد أعمارهم عن 17 عام)، نظرا لان ذلك سيتيح لكافة المشاركين التعبير عن مخاوفهم وتوجساتهم، ومشاركة أفكارهم وانفعالاتهم مع الآخرين. وسيمكن المعالج النفسي من تحديد المسؤوليات المرتبطة بوجود

شخص حامل للفيروس داخل الأسرة. وخاصة مسؤولية حماية الأطفال من انتقال العدوى. على سبيل المثال الاحتفاظ بالأدوات الصحية للأطفال في مكان آمن وبعيد عن أدوات المريض، كفرشاة الأسنان مثلا. والحرص على التخلص الآمن من الأدوات الشخصية والصحية الخاصة بالمريض، كالتخلص من شفرات الحلاقة، والحق الطبية، وغير ذلك. بالإضافة إلى الإرشادات الخاصة بالاتصال الجنسي الآمن بين الزوجين إذا كان المصاب متزوجا، ذكرا كان أم أنثى.

- **الإرشاد الديني:**

يستطيع الأخصائي النفسي أن يستفيد من إمكانيات الإرشاد الديني في رفع الوازع الديني لدى المتعايشين مع فيروس العوز المناعي، وحثهم على التحلي بالإيمان والصبر وتقبل القضاء والقدر، لكني شخصيا لا أميل إلى اللجوء لهذه النوع من الإرشاد في المراحل المبكرة من المرض لان ذلك يعطي المرضى إحساسا بأن المرض لا يشفى أبدا وان مشكلتهم لا فكاك منها على الإطلاق، وبذلك نكون قد عززنا مخاوفهم أكثر، أما في المراحل المتقدمة من المرض فيمكن الاعتماد على الإرشاد الديني في خلق حالة من الرضا والتقبل للواقع، والتعايش مع الإصابة بالفيروس.

- **تشكيل مجموعات المساندة والدعم:**

يسعى المعالج النفسي من خلال هذا الإجراء، وبالتعاون مع عدد من المتعايشين مع فيروس نقص المناعة، والمؤسسات الطبية والاجتماعية

والتعليمية (كالجامعات ومراكز البحوث) إلى تشكيل مجموعات الدعم والمساندة الاجتماعية، وتحديد وسائل الاتصال بين أفرادها. ويفترض في الغالب أن يكون معظم أعضاء مجموعة الدعم ممن يعانون من نفس الحالات النفسية أو المرضية، أي من المتعايشين مع فيروس الإيدز. لكن ذلك لا يمنع من انضمام أعضاء آخرين غير مصابين، يؤدون أدوار محددة كالتشجيع والدعم المعنوي وجمع المعلومات المفيدة لأعضاء المجموعة.

وتعتمد استراتيجيات جماعة الدعم على تبادل الخبرات والمعلومات الهامة بخصوص العلاج المتوفر مثلا، وأماكن توافر عيادات متخصصة أو مستشفيات ذات أجهزة متطورة، وغيرها من الأمور الهامة بالنسبة للعلاج. كما يعتمد هذا الأسلوب العلاجي على توفير الدعم النفسي والاجتماعي لأعضاء المجموعة وربط المشتركين بشبكات الدعم الاجتماعية والمؤسساتية من خلال المؤسسات الصحية والمؤسسات التي تقدم دعمها وخدماتها للمتعايشين مع نقص المناعة المكتسب، كتسجيل الفرد في الجمعية الخيرة للمتعايشين مع فيروس نقص المناعة المكتسب مثلا. هذا فضلا عن ربطهم بشبكة علاقات اجتماعية واسعة عبر التواصل مع المهتمين بمساعدة هذه الفئة.

- **العلاج المرتكز على حل المشكلة:**

يعد العلاج النفسي المرتكز على حل المشكلة من أنجع أساليب العلاج وأكثرها اختصارا للوقت والجهد لأنه يركز على مشكلة محددة ويسعى

لعلاجها. وقد يكون هذا الأسلوب العلاجي ذو فائدة مع مرضى نقص المناعة المكتسب، حيث يسعى المعالج النفسي بالتعاون مع الطبيب إلى البحث عن الأدوية والمعالجات الطبية الحديثة التي ابتكرها العلماء في هذا المجال وثبت فائدتها في علاج المرض أو التخفيف من أعراض أو تأخير تقدمه، واختيار أفضل هذه الأدوية وفقا لحالة العميل وقدراته المالية.

ويفترض بالمعالج النفسي هنا أيضا أن يستعين بالعلاج المرتكز على حل المشكلة في التخفيف من الأعراض النفسية المرافقة للمرض كالقلق والاكتئاب مثلا، وذلك من خلال التعاطي مع أسبابها والعوامل التي تؤدي إلى زيادة شدتها.

4- تقييم فعالية البرنامج:

بعد الانتهاء من تنفيذ البرنامج العلاجي يقوم الأخصائي النفسي بتقييم درجة استفادة العملاء من عملية العلاج والتدخل النفسي، وذلك من خلال تطبيق مقاييس نفسية لتشخيص الأعراض والاضطرابات النفسية التي اكتشفها لديهم في المقابلة الأولى ثم يقارن نتائج هذا التطبيق مع نتائج تطبيق مماثل كان قد نفذه قبل بدأ جلسات العلاج والتدخل النفسي.

5- إنهاء جلسات التدخل النفسي:

عندما يتأكد المعالج أن المشتركين في البرنامج استفادوا من جلسات العلاج والتدخل النفسي، وان الأهداف التي سعى إليها تحققت

بنسبة كبيرة، يعلن عن انتهاء جلسات العلاج رسميا. ويهيئ المشتركين للخطوة التالية.

6- المتابعة اللاحقة:

تعتبر المتابعة اللاحقة للتدخل النفسي بمثابة تقييم مستمر ينفذه المعالج بعد انتهاء عملية التدخل النفسي بهدف التأكد من انخفاض الأعراض النفسية الناجمة عن صدمة الإصابة بالمرض، فضلا عن التأكد من السلامة الذاتية وغياب الأفكار والميول الانتحارية و السلوك العدواني تجاه الآخرين. حيث يركز المعالج في هذه المرحلة على درجة تقدم المرض ومدى استقرار الحالة النفسية لدى العميل. ويفضل أن تتم المتابعة بالتنسيق مع مؤسسات المجتمع المدني، كالتنسيق مع أعضاء المجالس المحلية والبلديات (أو مع عقال الحارات في اليمن) أو مع مدير المدرسة (في حالة الطلاب) وكذلك بشكل أساسي مع احد أعضاء الأسرة الرئيسيين كالأب والأم أو الزوج والزوجة، أو أي شخص في الأسرة يعد بمثابة ولي الأمر بالنسبة للمتعايش مع فيروس نقص المناعة المكتسبة.

المراجع

أولا- المراجع العربية:

أبو غزال، هيفاء (د. ت). تقرير حول العنف ضد المرأة (مصر، الأردن، سوريا، لبنان، فلسطين). المجلس الوطني لشؤون المرأة.

أبو فارة، يوسف احمد (2009). إدارة الأزمات: مدخل متكامل. دار إثراء، عمان - الأردن.

الارياني، عبد الإله (2009). نظرة عامة في الطب النفسي: في الكامل: دليل الطب النفسي العام وطب نفس الأطفال للأطباء العاملين في الرعاية الصحية الأولية. إشراف عام ومتابعة نهلة شجاع الدين، الصندوق الاجتماعي للتنمية بالتعاون مع قطاع الرعاية الصحية الأولية بوزارة الصحة والسكان، صنعاء، الجمهورية اليمنية.

الأنصاري، بدر محمد (1994). اثر العدوان العراقي في سمات شخصية طلاب جامعة الكويت من الجنسين. المؤتمر الدولي عن أثار العدوان العراقي على دولة الكويت، جامعة الكويت.

باعبيد، محمد عوض (1995). دراسة ميدانية عن ظاهرة الانتحار. علم النفس الجنائي، صنعاء، مركز عبادي للدراسات والنشر.

جودة، أمال عبد القادر (2004). أساليب مواجهة أحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بالصحة النفسية لدى عينة من طلاب وطالبات جامعة الأقصى. بحث مقدم إلى المؤتمر التربوي الأول " التربية في فلسطين وتغيرات العصر" المنعقد بكلية التربية في الجامعة الإسلامية في الفترة من 23 - 24 - 11 -2004.

جونجسما، أرثر. ي. وبترسون، ل. مارك. ترجمة عادل دمرداش ومراجعة لطفي فطيم (1997). خطة العلاج النفسي. مكتبة الانجلو، القاهرة.

حسين، طه عبد العظيم (2008). إساءة معاملة الأطفال: النظرية والعلاج. عمان، دار الفكر.

حمدونة، حسام الدين حسن (2006). ممارسة مديري المدارس الثانوية لمهارة إدارة الأزمات في محافظة غزة. رسالة ماجستير ، كلية التربية، الجامعة السلامية بغزة.

الحميري، عبده فرحان (2012). تصور الانتحار لدى طلبة الثانوية والجامعة في مدينة ذمار -اليمن. مجلة العلوم الاجتماعية، المجلد 40، العدد2، جامعة الكويت.

الخزاعي، حسين (2010). في اليوم العالمي لمرض الايدز: معاً لمواجهة الوصمة والتمييز عن مرضى الايدز. جريدة العرب اليوم.

داود، نسيمة (2007). علاقة مشاهدة العنف الأسري بالتوتر والاكتئاب والتحصيل الدراسي لدى الأطفال. مجلة الطفولة العربية، المجلد 8، العدد30، الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية، الكويت.

الدباغ، رفيدة بنت محمد (2008). بمناسبة يوم الإيدز العالمي: اكتشافه في أحد أفراد العائلة يسبب صدمة كبيرة رغم الآلام التي يعانيها المريض وحاجته إلى الدعم الاجتماعي. جريدة الرياض، العدد 14795 الجمعة 26 ديسمبر 2008.

دياب، إسماعيل (2001). الإدارة المدرسية. الإسكندرية، دار الجامعة الجديدة للنشر.

الزغول، رافع النصير والزغول، عماد عبد الرحيم (2003).علم النفس المعرفي. عمّان، دار الشروق.

الشريف، محمد يوسف (2002). المساندة الاجتماعية وتقدير الشخصية كعوامل مخففة لاضطرابات ما بعد الصدمة لدى أسر فلسطينية عانت من الفقد. رسالة دكتوراه، كلية الآداب، جامعة الزقازيق.

شوية، سيف الإسلام (2008). الإرهاب في الجزائر: الأسس التاريخية، والاجتماعية الاقتصادية. مؤتمر فعاليات الإرهاب في العصر الرقمي، جامعة الحسين بن طلال، عمان، الأردن في الفترة 10 - 2008/7/12.

الصراف، قاسم (1994). آثار أزمة الاحتلال العراقي لدولة الكويت على النواحي الانفعالية لطلبة المرحلة الثانوية في النظام التعليمي العام ومضامينها الإرشادية. المؤتمر العالمي لآثار العدوان العراقي على دولة الكويت ، ابريل، 1994.

ضيف الله ، أسماء (2008). فاعلية برنامج تدريبي لتنمية الذكاء الإنفعالي في التكيّف الأكاديمي والاجتماعي وفي الاتجاهات نحو المدرسة لدى الطلبة الموهوبين في الأردن. رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة عمان العربيه للدراسات العليا، كلية الدراسات التربوية العليا. عمان، الاردن.

عبد العزيز، مفتاح محمد (2001). علم النفس العلاجي: اتجاهات حديثة ، دار قباء للطباعة والنشر، القاهرة.

عبدات، روحي مروح (2010). الإساءة النفسية والاجتماعية تجاه الأطفال المعاقين بالإمارات العربية المتحدة في ضوء بعض المتغيرات. مجلة الطفولة العربية، المجلد 12 العدد 45، 68 -98.

عثمان، فاروق (2001). القلق وإدارة الضغوط النفسية. القاهرة ، دار الفكر العربي.

العسالي، محمد اديب (2008). أساسيات حماية الطفل من سوء المعاملة والإهمال في سورية. الكتاب الالكتروني لشبكة العلوم النفسية.

عسكر، علي ، وعبد الله، أحمد (1997). مدى تعرض العاملين لضغوط العمل في بعض المهن وعلاقتها ببعض متغيرات الشخصية . المجلة المصرية للدراسات النفسية، العدد 16، المجلد 7.

عكاشة، أحمد (2003). الطب النفسي المعاصر ،القاهرة، الانجلو المصرية.

عكاشة، محمد فتحي و أبو حلاوة، محمد سعيد (2008). مدخل إلى علم النفس. صنعاء، جامعة العلوم والتكنولوجيا.

عيسى، جابر محمد و رشوان، ربيع عبده (2006). الذكاء الوجداني وتأثيره على التوافق والرضا عن الحياة والإنجاز الأكاديمي لدى الأطفال. مجلة دراسات تربوية واجتماعية، كلية التربية، جامعة حلوان، ١٢ (4) ص ص 45 -130.

فاضل، فهمي حسان (2008). اثر التعرض للإساءة في مرحلة الطفولة على جنوح الأحداث. مجلة الطفولة العربية، المجلد 9، العدد34، ص 8 -31. الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية، الكويت.

فاضل، فهمي حسان (2010). سوء معاملة أطفال الشوارع وأثرها في مفهوم الذات والسلوك العدواني: دراسة وصفية لبعض العوامل المرتبطة بهذه الظاهرة. مجلة الطفولة العربية، المجلد12، العدد 45.

فاضل، فهمي حسان (2011). علم الأمراض النفسية: الأسباب، الأعراض، التشخيص، العلاج. دار إثراء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

الفقي، حامد (1993). التأثيرات السلبية المعرفية والانفعالية والسلوكية التي يعاني منها الكويتيين نتيجة الاحتلال العراقي. مجلة عالم الفكر، المجلد 22، العدد الأول، ص ص 22 -79.

قاسم، معن عبد الباري (1994). الانتحار . الصحة النفسية، العدد العاشر، عدن، مؤسسة 14 أكتوبر للطباعة والنشر.

قاسم، معن عبد الباري (2002). الانتحار في محافظة عدن : دراسة نفسية اجتماعية تتبعية. الثقافة النفسية المتخصصة. المجلد الثالث عشر، العدد 49، لبنان، طرابلس، مركز الدراسات النفسية والجسدية، 107 -115.

كالهون، كارو و رسك، باتريشيا (2002). اضطراب الضغوط التالية للصدمة. في ديفيد. هـ بارلو (محررا): المرجع في علم النفس الإكلينيكي، دليل علاجي تفصيلي. اشرف على الترجمة وراجعها صفوت فرج، القاهرة، الانجلو المصرية.

مجمع اللغة العربية (1985). المعجم الوسيط، القاهرة، الطبعة الثالثة.

مصطفى، يامن سهيل (2010). العنف الأسري وعلاقته بالتوافق النفسي لدى المراهقين: دراسة ميدانية على طلاب المرحلة الثانوية في مدارس مدينة دمشق. رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة دمشق.

مكتب الإنماء الاجتماعي (2000). الاضطرابات التالية للأحداث الصدمية: دراسة إيبديمولوجية. إدارة البحوث والدراسات، مكتب الإنماء الاجتماعي، الديوان الأميري، الكويت.

منظمة الصحة العالمية (2002). التقرير العالمي حول العنف والصحة. المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، القاهرة.

الناصر، فهد عبد الرحمن (2002). الأسرة المأزومة: أبعاد المعاناة و آليات المواجهة. مجلة الثقافة النفسية، مركز الدراسات النفسية والنفس جسدية، العدد 49، المجلد 13.

هاينز، ماليسيا (2008). جنوسة الدماغ. ترجمة ليلى الموسوي، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، سلسلة عالم المعرفة، الكويت.

يسين، السيد (2003). الحرب الكونية الثالثة: عاصفة سبتمبر والسلام العالمي. الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة.

ثانيا-المراجع الأجنبية:

Abdullatif, Q. (2006). Effects of trait anxiety and cognitive appraisals on emotional reactions to psychological and physical stressors. *Graduate School Theses and Dissertations.* http://scholarcommons.usf.edu/etd/2432

Abel, E., Rew, E.L., Gortner E.M. & Delville C.L. (2004). Cognitive reorganization and stigmatization among persons with HIV. *Journal of Advanced Nursing,* 47(5), 510–525.

Alkan, N. (2004). Cognitive appraisals, Emotion, and Coping: A structural equation analysis of the interactional model of stress and coping. Thesis for the degree of Doctor of Philosophy, Graduate School of Social Sciences, Middle east technical university, Ankara, Turkey.

Allen, M., Jerome, A., White, A., Marston, S., Lamb, S., Pope, D. & Rawlins, C. (2002). The preparation of school psychologists for crisis intervention. Psychology in the Schools, 39, 427–439.

Amaya-Jackson, L. (2000). Post-Traumatic Stress Disorder in Children and Adolescents. In Benjamin J. Sadock & Virginia A. Sadock (Edits): Kaplan & Sadock's (2000). Comprehensive Textbook of Psychiatry. Chapter 46 Anxaity Disorders in Children. Lippincott Williams & Wilkins Publishers; 7th edition

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed. Text revision) (DSM-IV-TR).*Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association,(1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. IV.*USA: Washington. D.C.

Andrews, B., Brewin, C.R., & Rose, S. (2003). Gender, social support, and PTSD in victims of violent crime. Journal of Traumatic Stress, 16(4), 421–427.

Auger, R.W. (2004). Responding to terror: the impact of Septembers 11 on K-12 schools and schools' responses. *Journal of Professional School Counseling.*

Austrian, S. (2002). Biopsychosocial assessment. In A. R. Roberts & G. J. Greene (Eds.), *Social workers' desk reference* (pp. 204-208). New York: Oxford University Press.

Bastian, V., Burns, N. & Nettelbeck, T. (2005). Emotional Intelligence Predicts Life Skills, but not as well as Personality and Cognitive Abilities. Personality and Individual Differences, 39,1135–1145.

Benight, C.C. (2004). Collective efficacy following a series of natural disasters. *Anxiety, Stress, and Coping,* 17(4), 401–420.

Benight, C.C., Freyaldenhoven, R.W., Hughes, J., Ruiz, J.M., & Zoschke, T.A. (2000). Coping self-efficacy and psychological distress following the Oklahoma City bombing. *Journal of Applied Social Psychology,* 30, 1331–1344.

Bennice, J.A., & Resick, P.A. (2002). A review of treatment and outcome of Post Trauma Sequelae in Sexual Assault Survivors. In Jenny Petrak & Barbara Hedge (Edits): The TrAuma Of Sexual Assault; Treatment, Prevention and Practice. 2002, John Wiley & Sons Ltd. Chapter 4, P. 70-72.

Berk, M., Suddath, R. & Devich-Navarro, M. (2010). Adolescent suicide. In: George Fink (Editor). Stress consequences: mental, Neuropsychological and Socioeconomic. Elsevier Inc.

Bernardes S.F., Keogh, E., & Lima, M.L.(2009). Bridging the gap between pain and gender research: a selective literature review. European Journal of Pain,12(4):427–40.

Bisson, J.I., Brayne, M., Ochberg, F.M. & Everly, G.S. (2007). Early Psychosocial Intervention Following Traumatic Events. *American Journal of Psychiatry,* 164, P.7.

Blair, E.H., Torabi, M.R., & Kaldahl, M.A. (2004). Lifestyle and perceptional changes among college students since September 11. *American Journal of Health Studies.*

Blancett, J. (2008). A Reliability and Validity Study of the Triage Assessment System for Students in Learning Environments. A Dissertation Presented for the Doctor of Education Degree, The University of Memphis.

Bleich, A., Gelkopf, M., & Solomon, Z. (2003). Exposure to terrorism, stress-related mental health symptoms, and coping behaviors among a nationally representative sample in Israel. *Journal of the American Medical Association,* 290(5), 612–620.

Bridgett, C., & Pollack, P. (2003). Social systems intervention and crisis resolution. Part 1:Assessment. *Advances in Psychiatric Treatment 9:* 424–31.

Brown, L. K., Schultz, J. R., & Gragg, R. A.(1995). HIV- infected adolescents with hemophilia: Adaptation and coping. *Pediatrics,* 96, 459-463.

Brown, L.M., Shiang, J. & Bongar, B. (2003). Crisis intervention. In: Handbook of psychology, Volume 8" Clinical psychology, Edited by Irving B.Weiner, Chapter 18, PP. 431-449.

Bryant, R.A., Harvey, A.G., Dang, S.T., Sackville, T. & Basten, C. (1998) Treatment of acute stress disorder: A comparison of cognitive-

behavioral therapy and supportive counseling. Journal of Consulting and Clinical Psychology,66, 862–866.

Bryant, R.A., Sackville, T., Dang, S.T., Moulds, M., & Guthrie, R. (1999) Treating acute stress disorder: An evaluation of cognitive behavior therapy and supportive counseling techniques. American Journal of Psychiatry, 156, 1780–1786.

Callahan, J. (1998). Crisis theory and crisis intervention in emergencies. In P. M. Kleespies (Ed.), Emergencies in mental health practice (pp. 22–40). New York: Guilford.

Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry.* New York:Basic Books.

Caplan, G. (1981) Mastery of stress: psychological aspects. *American Journal of Psychiatry.* V.138, p.413-420.

Carlson, B.E. & McNutt, L.A. (1998). Intimate partner violence: Intervention in primary health care settings. In: Roberts, Albert (Ed). *Battered Women and Their Families: Intervention Strategies and Treatment Programs.* (2nd ed.). New York: Springer.

Carroll, D., Frew, D., Futcher, A., Ladkin, M., Morey, Y., Price, T. & Smith, A. (1997).The Educational Psychology Crisis Intervention Service. *Educational Psychology in Practice, 13: 2*, 112 —114.

Chan, D.W. (1995). Depressive symptoms and coping strategies among Chinese adolescents in Hong Kong. Journal of Youth and Adolescence, 24, PP.267279.

Claar, R.L. & Blumenthal, J.A. (2003). The Value of Stress-Management Interventions in Life-Threatening Medical Conditions. *Current direction in psychological science, Volume 12, No4,*PP 133-137.

Cormier, W. H., & Cormier, LS. (1985). *Interviewing strategies for helpers: Fundamental skills and cognitive behavioral interventions*. 2nd ed… Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Cote, J. K. & Pepler, C. (2005). Cognitive coping intervention for acutely ill HIV-positive men. *Journal of Clinical Nursing* 14, 321–326.

Dardenne, B., DuMont, M., & Bollier, T. (2007). Insidious dangers of benevolent sexism: consequences for women's performance. Journal of Personality and Social Psychology, 93 (5), 764–779

Delongis, A. & Puterman, E. (2010).Coping Skills. In: George Fink (Ed). *Stress consequences: mental, Neuropsychological and Socioeconomic.* 2010, Elsevier Inc.

Dirkzwager, A. J.E., Bramsen, I.B., Henk, M. & Ploeg, V.D. (2003). Social support, coping, life events, and posttraumatic stress symptoms among former peacekeepers: a prospective study. *Personality and Individual Differences*: 34, p. 1545-155

Duhachek, A., & Iacobucci, D. (2005).Consumer Personality and Coping: Testing Rival Theories of Process. *Journal of consumer* psychology, 15(1), 52–63.

Dziegielewski, S.F.& Sumner, K. (2008). An Examination of the American Response to Terrorism: Handling the Aftermath Through Crisis Intervention. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 2:287-300.

El-bedour, S., Baker, A., Shalhoub, N., & Irwin, M. (1999). Psychological Responses in family members after the Hebron massacre depression and anxiety, 9, 27-30.

Ellis, E.M., Atkeson, B.M,, & Calhoun, K.S. (1982). An examination of differences between multiple and single-incident victims of sexual assault. *Journal of Abnormal Psychology*, 91, 221-224.

Elpers, J.R. (2000). Public Psychiatry. In Benjamin J. Sadock & Virginia A. Sadock (Edits): Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry.2000, John Wiley & Sons. Chapter 52 Hospital and Community Psychiatry.

Erikson, E.H. (1968). Youth and Crisis. New York Norton.

Fillingim, R.B. & Ness, T.J. (2000). Sex-related hormonal influences on pain and analgesic responses. *Neurosci Biobehav Rev*,24: 485–501.

Flynn, B.W. (1996). Psychological aspects of terrorism. Presented at the First Harvard Symposium on the Medical Consequences of Terrorism, Boston, April 1996.

Foa, E.B., Hearst-Ikeda, D., & Perry, K.J. (1995) Evaluation of a brief cognitive behavioral program for the prevention of chronic PTSD in recent assault victims. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63, 948–955.

Foa, E.B., Rothbaum, B.O., & Molnar, C. (1995) Cognitive-behavioral therapy of post-traumatic stress disorder. In M.J. Friedman, D.S. Charney, and A.Y. Deutch (eds) Neurobiological and clinical consequences of stress: From normal adaptation to post-traumatic stress disorder (pp. 483–494). New York: Lippincott-Raven.

Folkman, S., & Lazarus, R.S.(1980). An analysis of coping in a middle-age community sample. Journal of Health and Social Behaviour, 21, 219-229.

Folkman, S. & Lazarus, R.S. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150-170.

Follette, V.F., & Ruzek, J.I. (2006). Cognitive-behavioral therapies for trauma (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Fraser, J. S. (1998). *A catalyst model: Guidelines for doing crisis intervention and brief therapy from a process view*. Crisis Intervention and Time-Limited Treatment, 4, 159–177.

Friedman, M.J. & Davidson, J.R.T. (2007). Pharmacotherapy for PTSD. In: M. J. Friedman, T. M. Keane, & P. A. Resick (Eds.) Handbook of PTSD: Science and practice (pp. 376-405). New York: Guilford Press.

Fylnn, S.M., Schipper, L.J., Roach, A.R., & Segerstrom, S.C. (2009). Gender differences in delayed-type hypersensitivity response: Effects of stress and coping in first-year law students. Brean, Behavior and Immunity, 23:672-676.

Gammonley, D. & Dziegielewski, S.F.(2006). Crisis Intervention Responses to Children Victimized by Terrorism: Children Are Not Little Adults. *Brief Treatment and Crisis Intervention, 6*:22–35.

Hahn, R.K., Albers, L.J. & Reist, C. (2004). Current Clinical Strategy: Psychiatry. Current Clinical Strategy Publishing, From: www.ccspublishing.com/ccs

Hassan, Fahmi, F. (2013). Relationship between Coping Strategies and Thinking Styles among University Students. *Accepted paper in the ASEAN journal of Psychiatry,* Malaysia.

Hayes, B. & Norah, F. (2008). Providing psychological intervention following traumatic events: Understanding and managing psychologists' own stress reactions. *Educational Psychology in Practice, 24: 2*,pp 91-104.

Hegerl, U., Wittenburg, L., Arensman, E., et al., (2009).Optimizing Suicide Prevention Programs and Their Implementation in Europe (OSPI Europe): an evidence-based multi-level approach. BMC Public Health, 9:428, p.1-8.

Hobfoll, S.E., Galai-Gat,T., Johnson, D.M., & Watson, P.J. (2007). Terrorism. In : Frank M. Dattilio and Arthur Freeman (edits.) Cognitive-behavioral strategies in crisis intervention. The Guilford Press.

Holdcroft, A. & Berkley, K.J. (2005). Sex and gender differences in pain and its relief. In: McMahon SB, Koltzenburg M, Wall PD, Melzack R, editors. Wall and Melzack’s textbook of pain. Edinburgh: Elsevier Churchill Livingstone; 2005. p. 1181–97.

Hou, Y., Zhang, M., & Wang, X. (2007). The relationship between adolescents' thinking style and their coping style. Chinese Mental Health Journal, V 21(3), Mar, 2007. pp. 158-161. PsycINFO database.

Isaac, M., Elias, B., Katz, L.Y., Belik, S., Deane, F.P., Enns, M.Y., Sareen, J. & The Swampy Cree Suicide Prevention Team. (2009). Gatekeeper

Training as a Preventative Intervention for Suicide: A Systematic Review. La Revue canadienne de psychiatrie, V, 54, N.4, 260-268.

James, R.K. (2007). *Crisis intervention strategies.* (6th Ed.). Belmont, CA: Thomson Brooks/Cole..

James, R.K., & Gilliland, B.E. (2001). *Crisis intervention strategies* (4th ed). Belmont, CA: Brooks/Cole.

James, R.K., & Gilliland, B.E. (2005). *Crisis intervention strategies*. (5th Ed.).Belmont, CA: Thomson Brooks/Cole.

John, T.C. (2008). "Crisis 911: Toward a Comprehensive Intervention Model. *Faculty Publications and Presentations. Paper17*
http://digitalcommons.liberty.edu/ccfs_fac_pubs/17

Josephson, A. (2000). Family Therapy. In Benjamin J. Sadock & Virginia A. Sadock (Edits): Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Chapter 48. Child Psychiatry: Psychiatric Treatment. Lippincott Williams & Wilkins Publishers; 7th edition.

Julie, M. (2009). Crisis Resolution: A Service Response to Mental Distress. *Practice, 21: 3*, 143 — 158.

Kaleeba, N., & Ray, S. (2002).We miss you all. *AIDS in the Family. Harare: SAfAIDS.*

Kanel, K. (1999). *A guide to crisis intervention.* Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Keogh, E. & Herdenfeldt, M. (2002). Gender, Coping, and the perception of Pain. Pain, 97 :195-201.

Keogh, E. (2006). Sex and gender differences in pain: a selective review of biological and psychosocial factors. Journal of Men’s Health Gender, 3: 236–43.

Keogh, E., & Denford, S. (2009). Sex differences in perceptions of pain coping strategy usage. European Journal of Pain,13: 629-634.

Keogh, E., & Eccleston, C. (2006). Sex differences in adolescent chronic pain and pain-related coping. Pain,123, (3):275–84

Klerman, G.L., Weissman, M.M., Rounsaville, B.J., & Chevron, E.S. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. New York: Basic Books.

Kurdet, L. (1987). Gender differences in the psychological symptomatology and coping strategies of young adolescents. Journal of Early Adolescence, 7, PP.395-410.

Lazarus, R. & Follkman, S. (1984). Stress, appraisal and coping. New York: Spinger Publishing Company Incorporation.

Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1-21.

Leible, T. & Snell Jr., W. (2004). Borderline Personality Disorder and Multiple Aspects of Emotional Intelligence. Personality and Individual Differences, 37, 393–404.

Leiper, R. & Kent, R. (2003).Working Through Setbacks in Psychotherapy, Crisis, Impasse and Relapse. SAGE Publications.

Lewis, S., & Roberts, A.R. (2001). Crisis assessment tools: The good, the bad, and the available. *Brief Treatment and Crisis Intervention, I,* 17-28

Linden, W., Stossel, C., & Maurice, J. (1996). Psychosocial interventions for patients with coronary artery disease: A meta-analysis. *Archives of Internal Medicine, 156,* 745–752.

Linehan, M.M., Tutek, D.A., Heard, H.L., & Armstrong, H.E. (1994). Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. American Journal of Psychiatry, 151, 1771–1776.

Lopes, P.N, Brackett, M.A, Nezlak, J.P, Sellin, & Salovey, P. (2004). The effect of emotional intelligence program on social adaptation. SAGE Publications, 30(8), 1018-1034.

Maltby, J., Macaskill, A., &Gillett, R. (2007). The Cognitive Nature of Forgiveness: Using Cognitive Strategies of Primary Appraisal and Coping to Describe the Process of Forgiving. Journal of clinical psychology, vol. 63(6), 555–566.

Mansdorf, I.J. (2008). Psychological interventions following terrorist attacks. British Medical Bulletin, 88,pp.7–22.

Mathoma, A.M., Maripe-Perera,D.B., Khumalo, Mbayi, L.P., & Seloilwe, B. L.(2006). Knowledge and Perceptions of Parents Regarding Child Sexual Abuse in Botswana and Swaziland. *Journal of Pediatric Nursing, V,* 21, No 1,P. 67-72.

Mayer, J.D., Perkins, D.M., Caruso, D.R, & salovey, P. (2001). Emotional intelligence and giftedness, *Roeper Review*, 23, 131-138.

McCaffrey, T. (2004). Responding to crises in schools: A consultancy model for supporting schools in crisis. Educational and Child Psychology, 21, 109–120.

McGorry, P., Edwards, J. & Yung, A. (2005).The Management of Early Psychosis. In Mario Maj, Juan Jose´ Lo´pez-Ibor,Norman Sartorius, Mitsumoto Sato & Ahmed Okasha (Edits):Early Detection and Management of Mental Disorders. 2005, John Wiley & Sons.

Miller, K., & Barber, J.G. (2002). Brief Intervention Strategies for the Prevention of Youth Suicide. *Brief Treatment and Crisis Intervention,* 2, PP.217–231.

Motto, J.A. (1989). Problems in suicide risk assessment. In D.G. Jacobs & H.N. Brown (Eds.), *Suicide: Understanding and responding. Harvard Medical School perspectives on suicide* (PP.129–142). Madison, CT: International Universities Press.

Myer, R.A., & James, R.K. (2005). *CD-ROM and workbook for crisis intervention.* Belmont, CA: Thomson Brooks/Cole.

Myer, R.A., & Ottens, A.J. (1994). Assessment for crisis intervention on college campuses. *Crisis Intervention, 1 (1),* 31-46.

Myer, R.A., Williams, R.C., Ottens, A.J., & Schmidt, A.E. (1992). Crisis assessment: A three dimensional model for triage. Journal of Mental Health Counseling, 14, 137–148.

Myer, R.M. & Conte, C. (2006). Assessment for Crisis Intervention. *Journal of clinical psychology: In Session, Vol. 62(8),* pp.959–970 .

Njenga, F. & Nyamai, C. (2005). The Experience of the Nairobi US Embassy Bombing. In Juan Jose´ Lo´pez-Ibor, George Christodoulou, Mario Maj ,Norman Sartorius and Ahmed Okasha (Edits): *Disasters and Mental Health (2005),* Chapter10, John Wiley & Sons.

Oweini, A. (1996). Stress and Coping: the experience of students at American university of Beirut during the Lebanese Civil war. Journal of Arab Studies Quarterly (ASQ).

Packman,W.L., Marlitt, R.E., Bongar,B. & Pennuto, T.O. (2004). A Comprehensive and Concise Assessment of Suicide Risk. *Behavioral Sciences and the Law*, 22, pp. 667-680.

Pavan, L., Fusco, E., Gambaro, F., Grana, S., Marini, M., et al., (2003).Open Trial on Crisis Psychotherapy in Padova, Italy. Brief Treatment and Crisis Intervention 3:37–46

Pennebaker J.W. & Seagal J.D. (1999) Forming a story: the health benefits of narrative. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 1243–1254.

Phelps, S.B., Jarvis, P.A., (1994). Coping in adolescence - empirical-evidence for a theoretically based approach to assessing coping. Journal of Youth and Adolescence , 23: 359-371.

Plattner, I. E. & Meiring, N. (2006). Living with HIV: The psychological relevance of meaning making. *AIDS Care*, 18(3): 241-245.

Pool G.J., Schwegler A.F., Theodore B.R., Fuchs P.N. (2007). Role of gender norms and group identification on hypothetical and experimental pain tolerance. Pain,129 (1–2) :122–129.

Priscilla, P.D. (2007). A Practical Approach to Trauma: Empowering Interventions. Paperback Book.

Prochaska, J. O., Norcross, J. C., & DiClemente, C. C. (1994). Changing for good. New York: Avon.

Randall, Glenn ,R & Lutz ,Ellen, L. (1991). *Serving survivors of torture.* The American Association for the Advancement of science, AAAS Publications. Washington D.C. p 39.

Raper, J.D. (2010). *An exploratory study of the relationships between Educational, clinical, and personal Exposure to suicide, and suicide intervention skill.* PhD thesis in counselor Education in the Graduate school of Syracuse University, USA.

Reeves, M.A., Mickerson, A.B. & Brock, S.E. (2011). Preventing and intervening in crisis situations. In: T.M. Lionett et al (eds.). *A practical guide to building professional competencies in school psychology*, Springer Science +Busness Media, LLC.

Roberts, A.R. (2000). An overview of crisis theory and crisis intervention. In A. R. Roberts (Ed.), Crisis intervention handbook (2nd ed., pp. 3–30). New York: Oxford University Press.

Roberts, A.R. (2005a). An overview of crisis theory and crisis intervention. In Albert R. Roberts (Ed.). Crisis intervention handbook 3rd ed. New York: Oxford University Press.

Roberts, A.R. (2005b). The ACT Model: Assessment, Crisis Intervention, and Trauma Treatment in the Aftermath of Community Disaster and Terrorism Attacks. In Albert R. Roberts (Ed) Crisis intervention Handbook: Assessment, treatment and Research, 3rd Edition Oxford university Press.

Roberts. A.R. (2002 Spring). Assessment, Crisis Intervention, and Trauma Treatment: The Integrative ACT Intervention Model. *Brief Treatment and Crisis Intervention journal, Volume 2., No. 1,* Oxford University Press, pp. 1-21, Reprinted by permission .

Robinson, M.E., Riley, J.L., Myers, C.D., Papas, R.K., Wise, E.A., Waxenberg, L.B., et al. (2001). Gender role expectations of pain: relationship to sex differences in pain. Pain, 2(5):251–7.

Robinson, M.E., & Wise, E.A. (2003).Gender bias in the observation of experimental pain. Pain,104(1–2):259–64.

Ryan, J.P.& Testa, M.F.(2005). Child maltreatment and juvenile delinquency : Investigating the role of placement and placement instability. *Children and Youth Services Review*, V, 27,Issue 3, PP227-249.

Schuster, M.A., Stein, B.D., Jaycox L.H. et al. (2001). A national survey of stress reactions after the September 11, 2001, terrorist attacks, N Engl J Med, 345, 1507–1512.

Shaffer, D., Pfeffer, C. R., Bernet, W., Arnold, V., Beitchman, J., et al., (2001). Practice parameter for the assessment and treatment of

children and adolescents with suicidal behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40,* 24S–51S.

Shaw, J.A. (2003). Children exposed to war/ terrorism. Clinical Child and Family Psychology Review, 6, 237–246.

Shneidman, E.S. (1996). *The Suicidal Mind.* New York: Oxford University Press.

Simmons, C.A. & Granvold, D.K. (2005). A Cognitive Model to Explain Gender Differences in Rate of PTSD Diagnosis. *Brief Treatment and Crisis Intervention 5*:290–299

Slaikeu, K.A. (1990). *Crisis intervention: A handbook for practice and research* (2nd ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Smith, C.A., & Lazarus, R.S. (1993). Appraisal components, core relational themes, and the emotions. *Cognition and Emotion*, 7, 233-269.

Srivastava, Amresh, "Assessment in Crisis" (2007). Psychiatry Presentations. Paper 2.

Sternberg, R.J. (1994). Thinking styles: Theory and assessment at the interface between intelligence and personality. In: R.J. Sternberg & P. Ruzgis (Eds.) *Intelligence and personality* (pp. 169-187). New York: Cambridge University Press.

Stevens, B. & Ellerbrock, L. (1995). Crisis Intervention: An opportunity to change. ERIC Clreainghouse on Counseling and Student Services, Greensboro, NC.

Stone, D.A., & Conley, J.A. S (2004).A Partnership Between Roberts' Crisis Intervention Model and the Multicultural Competencies. *Brief Treatment and Crisis Intervention 4:367–375.*

Thompson, R.A. (2004).Crisis intervention and crisis management: strategies that work in schools and communities. Taylor & Francis Books, Inc.

Tung, H., Hunter, A., Wei, .& Chang, C. (2009). Gender differences in coping and anxiety in patients after coronary artery bypass graft surgery in Taiwan. Heart Lung, 38, (6), PP.469-479.

Unruh, A.M., Ritchie, J., Merskey, H. (1999). Does gender affect appraisal of pain and pain coping strategies? Pain,15(1): 31–40.

Vandiver, V.L., & Corcoran, K. (2002). Guidelines for establishing treatment goals and treatment plans with Axis I Disorders: Sample treatment plan for generalized anxiety disorder. In A. R. Roberts & G. J. Greene (Eds.), *Social workers' desk reference* (PP.297-304). New York: Oxford University Press.

Wainrib, B.R., & Bloch, E L. (1998). *Crisis intervention and trauma response: Theory and practice*. New York: Springer.

Wang,W.,Chen,D., Yang, Y., Liu, X., & Miao, D. (2010). A study of psychological crisis intervention with family members of patients who died after emergency admission to hospital .Social behavior and personality,38 (4),PP 469-478.

Weishaar, M.E., & Beck, A.T. (1992). Clinical and cognitive predictors of suicide. In R. W. Maris, A. L. Berman, J.T. Maltsberger, & R.I. Yufit (Eds.), Assessment and prediction of suicide (PP.467–483). New York: Guilford.

WHO (2010). Suicide prevention (SUPRE). http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html

Wichstrom, L. (2000). Predictors of adolescent suicide att6empts: a nationally representative longitudinal study of Norwegian adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, PP.603–610.

Windham, A.M., Rosenberg, L., Fuddy, L., McFarlane, E., Sia, C. & Duggan, A.K. (2004). Risk of mother-reported child abuse in the first 3 years of life. *Child abuse & Neglect*, V, 28,(6), PP 647-669.

Wise, E.A., Price, D.D., Myers, C.D., Heft, M.W., & Robinson, M.E. (2002). Gender role expectations of pain: relationship to experimental pain perception. Pain, 96, (3): 335–42.

Yeager, K.R., & Roberts, A.R. (2005). Differentiating Among Stress, Acute Stress Disorder, Acute Crisis Episodes, Trauma, and PTSD: Paradigm and Treatment Goals. In: Albert R. Roberts (Edietor) Crisis intervention Handbook: Assessment, treatment and Research, 3rd Edition Oxford University Press.



هذا الكتاب

تظهر الأزمات في حياة الناس عندما يواجهون ولفترة محددة عقبة كداء لا يمكن التغلب عليها باستخدام الطرق المألوفة لحل المشكلات، تتبعها فترة من التشوش، التي تليها فترة من الاضطراب يجرب فيها الفرد عدد من الحلول الفاشلة، وينتج عن ذلك حالة من فقدان التوازن تعبر عن جوهر الأزمة لديه. ومن المعلوم أن الناس يشتركون في السعي للحفاظ على التوازن النفسي والانفعالي أثناء تعاملهم مع العالم، ويتم ذلك عبر أربع مراحل تعرف بمراحل رد الفعل تجاه الأزمة، تتضمن المرحلة الأولى زيادة التوتر بسبب إدراك التهديد الانفعالي والحدث الأزموي. وتقع المرحلة الثانية في الفترة التي تضطرب فيها الوظائف اليومية لدى الإنسان نتيجة لزيادة التوتر وعدم القدرة على معالجة الأزمة بشكل سريع. وقد تنتهي هذه المرحلة بالاكتئاب عندما يزداد مستوى التوتر بشكل مفاجئ مع استمرار فشل استراتيجيات المواجهة التي يستخدمها. وخلال المرحلة الرابعة والأخيرة إما أن يستخدم الفرد آليات مواجهة مختلفة لحل الأزمة – بشكل جزئي على الأقل -أو يتعرض للاضطراب نفسي. وهنا يأتي دور أخصائي التدخل النفسي في الأزمات أو المعالج النفسي ليساعد الفرد على اكتشاف بدائل أخرى لمعالجة المشكلة، وتطوير مهارات جديدة لمواجهة الأزمة، واستعادة التوازن النفسي، ثم العودة بمستوى الأداء الوظيفي اليومي إلى سابق عهده قبل ظهور الأزمة. وتعتمد عمليات التدخل النفسي في الأزمة على أسس علمية تستند إلى خليط تفاعلي متكامل من النظريات النفسية والاجتماعية والطبية، والعقائدية، قدم في إطارها المعالجون عدد من برامج التدخل النفسي في الأزمات تنطلق من أسس مبنية على الخبرات الميدانية في مواجهة الأزمات وعلاج المتعرضين لها، كما قدمت برامج نوعية في للتدخل في حالات معينة كالتدخل في أزمات الانتحار، أو في أزمات العنف والإرهاب، أو الأزمات التي تقع في إطار المدرسة، أو الأزمات الناتجة عن الإصابة بأمراض بدنية مزمنة... وغير ذلك من الحالات التي تتطلب مناهج محددة للتدخل النفسي تتفق مع عوامل الأزمة ومتغيراتها. وهذا ما نناقشه في الكتاب الحالي.

المؤلف